ARCHIVES des MALADIES

MAYO CLINIC

NOV 2 2 1961

'ADDADELL DI

....

L'APPAREIL DIGESTIF

et des MALADIES de la NUTRITION

de

ORGANE OFFICIEL DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE FRANÇAISE de GASTRO-ENTÉROLOGIE

ET DES SOCIÉTÉS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

de LYON, du NORD, du SUD-OUEST et du LITTORAL MÉDITERRANÉEN

publiées par MM. «
GUY ALBOT - J. CAROLI - R. CATTAN - Ch. DEBRAY
R. FAUVERT - R.-A. GUTMANN - J. HEPP - P. HILLEMAND
L. JUSTIN-BESANÇON - A. LAMBLING - F. MOUTIER
P. FORCHER - A. VARAY

Secrétaires de la Rédaction : MM. A. VARAY - J. BELOUX

TOME 50 No 9 bis
Septembre 1961

MASSON & C10, ÉDITEURS

PARIS

SUPPLÉMENT AU Nº 9, SEPTEMBRE 1961

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1961)

Prix également payables dans les autres monnaies eu cours des règlements commerciaux du jour du paiement.

Règlement par l'une des voies suivantes :

- a) Chèque sur Paris d'une banque efficielle.
- b) Virement par banque sur compte étranger.
- e) Mandat international.

Changement d'adresse : 0,50 NF

Administration et Publicité :

LIBRAIRIE MASSON ET C¹⁰, 120, boulevard Saint-Germain, PARIS (6°)
Téléphone : Danton 56-11 — Compte chèques postaux n° 599

Secrétariat des Archives :

Dr J. BELOUX, 72, rue de Sèvres, PARIS (7º). Tél. : Ségur 41.00

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie se réunit à Paris le 2º lundi du meis à 14 h 30, 66, bd Saint-Michel (Comité national de Défense contre la Tuberculose), sauf en août et septembre.

Secrétaire Général : Dr Roger VIGUIÉ, 79, boulevard Malesherbes, PARIS [8]
Secrétaires des Séances : Dr Jacques TOULET, 10, rue de Sèvres, PARIS [7]
et Dr F. PERGOLA, 96, avenue Victor-Hugo, PARIS [16]

Iléostomies et Colostomies "terminales"



APPROPRIÉE A CHAQUE CAS Préciser : Diamètre d'ouverture

Forme : plate, concave ou convexe
Sacs plastiques à jeter
sans déplacement de l'appareil

(Serrage par simple anneau de caoutchouc)

COLLAGE FACULTATIF

complétant et prelangeant la fixation

Ceinture légère élastique

Cathétérisme Duodénal Rapide

par la SONDE DE CAMUS

fortement opaque et son mandrin effilé spécial inoxydable

(Marques et modèles déposés)

Stérilisation : 120° humide - sèche 140°

J. EYNARD & C', Constructeurs depuis 1884

12, rue de l'Éperon, PARIS-6" |

SOCIÉTÉ NATIONALE FRANÇAISE DE PROCTOLOGIE

Séance annuelle du Dimanche 12 mars 1961

RAPPORTS

ÉTUDE CLINIQUE, ENDOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE DES ADÉNOMES DU RECTOSIGMOÏDE

Par MM J. ARNOUS et E. PARNAUD (Paris)

Les adénomes rectocoliques peuvent réaliser de multiples aspects cliniques suivant leur mode d'implantation (sessiles ou pédiculés), leur forme (uni- ou polylobés), leur volume (d'un grain de mil à une grosse noix), leur nombre (unique ou multiples), l'état de la muqueuse environnante (normale ou hyperplasique), suivant enfin l'extension du processus (formes segmentaires ou totales).

Il existe ainsi de nombreuses variétés depuis le polype isolé, implanté sur une muqueuse normale, jusqu'aux adénomes innombrables de toutes tailles et de toutes formes répartis de façon diffuse sur une muqueuse histologiquement hyperplasique.

Notre étude se limitera essentiellement à l'adénome solitaire et aux formes disséminées dont le nombre d'éléments ne dépasse pas une dizaine, formes dont on connaît le caractère volontiers segmentaire et la prédilection pour l'intestin terminal.

11

L'adénome est la plus fréquente des tumeurs bénignes du côlon. — H. E. Bacon, E. J. Lowell et H. D. Trimpi (1954) sur 1.144 tumeurs du côlon et du rectum trouvent 272 tumeurs épithéliales bénignes parmi lesquelles 243 adénomes, soit 21,4 p. 100 de l'ensemble des tumeurs étudiées. Les adénomes viennent donc en fréquence immédiatement après les tumeurs malignes (69 p. 100 de l'ensemble des tumeurs étudiées).

Buie et Swan (in H. L. Bockus) sur 52 tumeurs bénignes décèlent 80 p. 100 d'adénomes ; Dewis (in H. L. Bockus) sur 219 tumeurs bénignes

en trouve 57,9 p. 100.

En valeur absolue, la fréquence des adénomes est difficilement appréciable. — Les chiffres sont très différents d'un auteur à l'autre. Irwing F. Enquist (1957) dans le Centre de détection du Cancer de l'Université de Minnesota découvre en 8 ans, chez 7.602 patients « tout venant », 1.462 polypes, soit 19,2 p. 100. J.-Alfred Rider et collaborateurs (1959) sur 9.669 rectoscopies notent 537 cas de polypes, soit un peu plus de 5 p. 100.

D'après H. L. Bockus, la seule endoscopie permettrait de découvrir des

polypes dans 3 à 11 p. 100 des cas.

Dans l'ensemble les chiffres sont beaucoup plus élevés qu'on ne le pensait autrefois ; ce qui s'explique par les perfectionnements apportés aux moyens

de diagnostic et à leur plus large diffusion.

La fréquence des polypes augmente avec l'âge. D'après J.-A. Rider l'âge moyen des sujets ayant un polype est de 52 ans contre 44 chez ceux qui en sont indemnes. Les chiffres extrêmes établis d'après des recherches nécropsiques sont de 0,13 p. 100 chez l'enfant et 21 p. 100 chez l'adulte. Suivant le sexe, les polypes se rencontreraient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (dans la proportion de 3 hommes pour 2 femmes d'après Bockus, Louis-A. Buie; 4 hommes pour 2 femmes d'après J.-A. Rider). Suivant la race, les polypes seraient d'après Bockus plus fréquents chez la race blanche.

Les variations suivant l'âge, et de façon moins sensible suivant le sexe et la race, peuvent expliquer en partie les divergences statistiques. Mais il semble aussi qu'une certaine confusion existant dans la terminologie

n'y est pas étrangère.

Le terme de polype est encore utilisé par de nombreux auteurs pour désigner toute tumeur faisant saillie à l'intérieur de l'ampoule rectale, quelle

que soit sa nature histologique.

Nous pensons, pour notre part, que le nom de polype ne peut se justifier qu'en fonction d'une formule histologique précise, celle de l'adénome par exemple, qui est la plus fréquente des tumeurs bénignes, comme nous venons de le voir.

C'est cette terminologie que nous adopterons dans notre étude.

Étude clinique.

Le plus souvent le polype est cliniquement muet, le diagnostic étant posé au cours d'une endoscopie systématique.

Parfois, il se révèle par l'un des symptômes suivants :

L'hémorragie de sang rouge, d'une importance variable, soit isolée, soit

recouvrant les selles, est de loin le signe qui attire le plus l'attention. D'après Bockus a polypes sur 3 saigneraient à un moment de leur évolution. A vrai dire, il est bien difficile, chez l'adulte du moins, de distinguer l'hémorragie du polype de celle provenant d'hémorroïdes, si fréquemment associées. Le traitement sclérosant lui-même n'a pas une valeur d'épreuve absolue, car les saignements de polype peuvent être espacés et prêter à toutes les illusions thérapeutiques.

La présence de mucus dans les selles est beaucoup plus rarement constatée ; peu abondante, elle n'appartient pas en propre à l'adénome ; très

importante, elle oriente plutôt vers une tumeur villeuse.

Les troubles de la défécation (ténesme, sensation de corps étranger intrarectal, faux besoins...) sont exceptionnels, car il faut une tumeur assez volumineuse pour les provoquer.

Le prolapsus de la tumeur nécessite aussi un adénome déjà volumineux. Il faut en outre qu'il soit à long pédicule et implanté assez bas dans l'am-

poule rectale. Cette éventualité est rare.

Beaucoup plus banaux sont : la diarrhée, les alternances de constipation et de selles liquides, les douleurs abdominales. Ils ne sont pas le propre des polypes, ni fréquents au cours de cette affection ; leur seul intérêt est d'attirer l'attention vers le côlon et d'imposer des examens endoscopiques et radiologiques.

Enfin et surtout le polype peut être cliniquement muet ; c'est même l'éventualité la plus fréquente (les 2/3 des cas environ) actuellement bien prouvée par les rectoscopies systématiques qui précèdent tout traitement des hémorroïdes ou qui font partie des examens de routine des centres de détection du cancer.

L'étude clinique pourrait s'arrêter là :

Le toucher rectal est en effet négatif, sauf dans les adénomes volumineux où la perception d'une masse arrondie, souple, mobile est assez caractéristique.

L'examen de l'abdomen est normal. Sur le plan général, une certaine anémie peut exister lorsque la spoliation sanguine a été suffisamment importante, plus d'ailleurs par la répétition des hémorragies que par leur abondance.

Lorsqu'un adénome fait parler de lui et qu'on le découvre, deux problèmes cliniques se posent :

Depuis combien de temps existe-t-il ? — Nul ne peut le préciser. Aucun caractère clinique ne peut établir l'âge d'un polype. Il n'est pas douteux cependant que la vie de nombre de polypes se chiffre par années. L'histoire suivante en est un exemple qui mérite d'être rapporté.

En 1937, le Dr N... consulte un éminent proctologue pour des hémorragies de sang rouge très abondantes. L'endoscopie montre un polype de la grosseur d'une fraise à la jonction recto-sigmoïdienne. La surface recouverte de sang, sa fragilité suffisent à expliquer les saignements; toutefois, on demande un examen radiologique du côlon qui est estimé normal. Le polype est enlevé à l'anse diathermique. Les hémorragies cessent et le patient se considère comme guéri.

thermique. Les hémorragies cessent et le patient se considère comme guéri.

18 ans plus tard, en 1955, réapparaissent des saignements de sang rouge accom-

pagnant les selles.

L'endoscopie alors pratiquée par le D^r Busson est négative, et c'est le lavement baryté (D^r Jourde) qui révèle un polype de bonne taille à la jonction sìgmoïde-descendant. L'intervention par voie abdominale enlève facilement le polype qui s'avère être dégénéré en surface et le malade guérit remarquablement. C'est alors que le D^r Jourde a l'idée de rechercher les clichés faits au cours de la première alerte; 18 ans avant, le polype du sigmoïde existait déjà, mais avait été méconnu.

Quel est le devenir d'un adénome? — Là encore il est impossible de

répondre.

Il peut augmenter de volume, provoquer dans d'exceptionnelles circonstances une obstruction sigmoïdienne; il peut s'ulcérer, s'infecter; il peut surtout dégénérer et cette évolution est imprévisible. La fréquence de la dégénérescence reste à préciser. Elle varie suivant les statistiques de 5 à 35 p. 100 des cas. Ces variations dépendent en grande partie des critères plus ou moins sévères de malignité exigés par les histologistes.

Mais existe-t-il des signes cliniques qui permettent de soupçonner une

dégénérescence ?

On tient classiquement comme éminemment suspectes les hémorragies répétées à courts intervalles, mais c'est un signe de présomption qui est

loin d'être toujours vérifié.

L'âge ne donne pas une orientation plus précise. Certes, plus un polype est ancien et plus il y a de chances pour qu'il soit dégénéré; mais ce n'est pas une règle et nous avons eu un exemple récent d'un polype sigmoïdien qui s'est révélé chez un sujet de 80 ans par des hémorragies importantes et qui était parfaitement bénin à l'examen histologique.

Plus importante est la perte de la mobilité, de la souplesse, de la consistance habituellement molle du polype, l'induration apparaissant dans le corps même du polype au niveau de sa base d'implantation. Mais ces signes, lorsqu'ils peuvent être appréciés par le toucher rectal, sont assez tardifs pour évoquer d'emblée plutôt un cancer qu'un polype dégénéré.

Enfin, comme l'ont souligné Ch. Debray et ses collaborateurs, la dégénérescence d'un polype du sigmoïde peut parfois se manifester par un tableau clinique assez particulier : au milieu d'un syndrome infectieux général aigu apparaissent, chez un sujet jusque-là en bonne santé, des douleurs et une tumeur inflammatoire de la fosse iliaque gauche. Sous l'influence du traitement médical la masse régresse en 8 à 10 jours, puis disparaît complètement, contrairement à ce qui se passe habituellement dans les mêmes circonstances avec un cancer sigmoïdien infecté.

Il demeure que le plus souvent la clinique est impuissante à déceler

le début de la dégénérescence.

Seul l'examen anatomo-pathologique d'un prélèvement biopsique, ou mieux d'une biopsie exérèse avec étude de coupes en série, donne en pratique la certitude.

Étude endoscopique.

Le diagnostic des adénomes de l'intestin terminal se fait avant tout par la rectosigmoïdoscopie. Celle-ci lorsqu'elle est poussée jusqu'à 25 cm permet la découverte des 2/3 ou des 3/4 de toutes les lésions polypoïdes du côlon (Bockus).

Chez l'adulte, l'endoscopie n'offre pas de difficulté particulière. Le patient est examiné, du moins en France, en position genu pectorale qui mieux que la position gynécologique ou la position de Sims (décubitus latéral droit avec flexion de la cuisse gauche) permet l'ouverture de l'angle rectosigmoïdien.

Le matériel d'endoscopie le plus utilisé reste celui de R. Bensaude dont le manche escamotable permet aisément le tamponnement et le nettoyage de la lumière intestinale.

Le rectoscope d'Arnous et Soullard est moins utilisé pour l'examen standard. Conçu essentiellement pour répondre à certaines considérations thérapeutiques, ses systèmes d'insufflation et d'éclairage permettent plus aisément les endoscopies profondes et rendent plus faciles les prélèvements biopsiques.

Il existe beaucoup d'autres modèles ; certains mêmes sont aménagés pour le lavage de l'intestin par une circulation d'eau à double courant ; nous n'en avons pas l'expérience.

La préparation du malade est un temps important de l'endoscopie.

Il est classique de recommander pour cela 2 lavements évacuateurs de 1,5 l à 2 l à 12 heures d'intervalle, le deuxième étant pris 4 heures au moins avant l'examen.

En pratique, cette préparation n'est pas toujours exécutée correctement. Il en résulte que l'intestin est mal nettoyé et qu'en liquéfiant les matières, les lavements aboutissent à l'inverse du but recherché. C'est pourquoi certains auteurs, arguant qu'il est plus facile de progresser parmi les matières sèches, préconisent d'éviter tout lavement et de constiper le patient par les opiacés.

Quelle que soit la technique utilisée, il faut exiger que la muqueuse soit parfaitement propre. Cela est d'autant plus impérieux que les polypes accrochent souvent les matières qui alors peuvent les camoufler. Il ne faut donc pas hésiter à reconvoquer le malade autant de fois qu'il est nécessaire. Ne pas faire d'endoscopie est certes une faute, mais sans doute moins grave de conséquence que faire une endoscopie incomplète ou incorrecte qui risque de donner une fausse sécurité.

Chez l'enfant, l'examen, lorsqu'il est conduit avec patience et douceur, est aussi facile que chez l'adulte. Seule son indocilité peut obliger à une anesthésie générale.

L'endoscopie a une valeur diagnostique fondamentale. L'adénome apparaît sous l'aspect d'une tumeur arrondie, de volume variable, d'un grain de mil à une grosse noix. Volumineux, sa surface est souvent mamelonnée, polylobée, de teinte rouge sombre ; plus modeste, il est alors souvent blanc, nacré, recouvert d'une muqueuse lisse. Sa mobilité est fonction de l'existence ou non d'un pédicule ; celui-ci de longueur variable, parfois très long, permet des migrations du polype qui expliquent que certains découverts un jour à 15 cm ne sont pas retrouvés le lendemain malgré une endoscopie poussée à 25 cm. Il est fréquent aussi qu'un polype passe inaperçu, parce qu'il est de petite taille ou inséré derrière une valvule. D'où la règle d'examiner minutieusement tous les replis de la muqueuse rectale.

On notera avec soin la localisation, le point d'insertion sur la circonférence intestinale et l'état de sa muqueuse avoisinante.

La découverte d'un adénome n'est pas suffisante, mais doit inviter au contraire à pousser au maximum l'endoscopie. Il est fréquent en effet qu'un polype ne soit qu'en sentinelle au-dessous d'un cancer plus haut situé ou bien qu'il soit associé à d'autres polypes. On trouve alors 5, 6, 8, 10 adénomes disséminés dans le rectosigmoïde, séparés les uns des autres par une muqueuse saine. Enfin, dans quelques cas, on ne voit pas d'adénome, mais l'on trouve, chemin faisant, de petites taches de sang parsemant la muqueuse aussi haut que remonte le tube. C'est un signe indirect qui doit faire alerter le radiologue.

Au terme de cet examen :

- Le diagnostic clinique du polype est fait. Pour des raisons de fréquence, d'aspect clinique, sa nature histologique d'adénome est vraisemblable. Toutefois, toute lésion polypoïde n'est pas forcément un adénome.
- La tumeur villeuse est typiquement très différente avec son implantation large, sa teinte rouge avec un fin piqueté rouge vif qui représente les extrémités des villosités agglutinées, sa mollesse et sa fragilité caractéristiques, enfin et surtout son abondante sécrétion de mucus qui l'enveloppe d'un manteau de glaires et qui noie le champ de vision du rectoscope. Mais il est des cas d'interprétation difficile. L'anatomo-pathologie tranchera. C'est elle en particulier qui dépistera les exceptionnelles tumeurs composées adénomato-villeuses décrites par R. Bensaude.
- Les autres tumeurs bénignes polypoïdes : fibrome intracavitaire, lipome, lymphome ou lymphadénome, hémangiome sont également des diagnostics histologiques.
- Les tumeurs d'emblée malignes peuvent avoir un aspect voisin du polype bénin. M^{mo} Parturier-Albot, qui a bien étudié ces formes de début, a insisté en faveur de la malignité sur la valeur d'une attraction des plis de la muqueuse, d'une hypervascularisation en anneau autour de la lésion.
- Les bourgeons charnus accompagnent généralement un processus inflammatoire diffus, mais parfois seule l'anatomo-pathologie redressera une erreur permise par l'aspect macroscopique.

Au total, on voit donc le caractère indispensable dans tous les cas de l'examen histologique. Nous verrons plus loin qu'il en est de même pour dépister précocement la dégénérescence d'un polype.

La forme clinique de l'adénomatose est précisée. — Il s'agit d'un polype solitaire, sessile ou pédiculé, ou de quelques polypes disséminés sur une muqueuse normale.

Cet aspect ne peut être confondu avec celui de la polypose diffuse avec ses polypes de toute taille, serrés les uns contre les autres, sans espace libre de muqueuse saine, ni avec celui des pseudo-polypes qui accompa-

gnent une affection inflammatoire diffuse de la muqueuse rectosigmoïdienne.

Les renseignements indispensables à la thérapeutique sont rassemblés. - Taille de la tumeur, existence d'un pédicule et son lieu d'implantation par rapport à la réflexion péritonéale.

Reste le problème capital d'une dégénérescence. — L'endoscopie apporte

dans ce domaine des arguments de valeur :

Nous rappellerons la signification fâcheuse d'une ulcération surtout si elle est fragile, indurée ; la perte de la mobilité, la fixité d'un polype sessile. On se méfiera enfin tout spécialement des polypes qui attirent les plis muqueux ou qui s'entourent d'un réseau d'hypervascularisation. Ces signes, que nous avons déjà vus pour les cancers polypoïdes, doivent faire craindre un envahissement de la base d'implantation.

Mais, comme pour la clinique, les données de l'endoscopie apparaissent discutables ou contingentes. L'avantage de l'endoscopie sera de permettre le prélèvement ou mieux l'exérèse biopsique qui seule, répétons-le, est

capable de dépister les dégénérescences débutantes.

Étude radiologique.

L'examen radiologique par voie basse est le seul moyen d'investigation lorsque les polypes sigmoïdiens sont inaccessibles à l'endoscopie.

Il s'imposera donc dans tous les cas où l'endoscopie est impossible, surtout si on n'a pu progresser jusqu'à 25 cm et a fortiori lorsque la muqueuse du haut rectum est tapissée de petites taches de sang ou de glaires, mais aussi dans tous les cas où un polype a été découvert par la rectoscopie, car la fréquence des polypes multiples est considérable.

La technique en est difficile parce que l'intestin est rond, sans face, ni bord, parce que le sigmoïde est long et qu'il est difficile d'éviter les superpositions, parce que le côlon est inerte et souvent mal préparé.

a) obtenir une préparation soigneuse du patient ; nous en avons vu les

b) utiliser une baryte claire, dont l'opacité aux rayons X ne masque pas les lésions de face :

c) examiner le sigmoide segment par segment. Pour cela on devra s'aider :

- d'incidences spéciales, non seulement profil, mais aussi rayon oblique en position transverse ou axiale pour dérouler correctement l'angle sig-

moïdien (Le Canuet, Calabet et Casalagno);

- d'artifices particuliers : compression externe par ballon judicieusement dosée pour éviter les artefacts, ou procédés de redressement du sigmoïde par l'insufflation d'air dans la vessie (Guéret), ou plus simplement par l'ingestion d'une grande quantité d'eau remplissant la vessie, ou modificateurs de comportement qui, en facilitant soit l'hyperkinésie et l'hypertonie comme la prostigmine (Rachet et Arnous), soit le relâchement et l'atonie colique comme la méthantéline (thèse de Liboulet) permettent d'étudier la dynamique des images anormales.

Les images radiologiques varient suivant le type anatomique du polype :

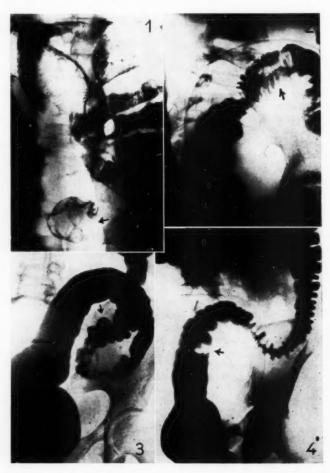


Fig. 1. — Volumineux polype de l'ampoule rectale. (Cliché J. François).

Fig. 3. — Polype du sigmoide vu de face : image « en cocarde ».

(Cliché L. JOURDE).

Fig. 2. — Polype pédiculé du sigmoide. (Cliché L. Jourde).

Fig. 4. — Polype sessile du sigmoide, (Cliché L. Jourde) sessile ou pédiculé, unique ou multiple, polylobé ou régulièrement arrondi et aussi suivant l'incidence des rayons.

« Presque toujours les images les plus intéressantes sont obtenues en semi-réplétion avec compression légère. Les clichés en lumière collabée sont précieux pour l'étude des polypes bénins et en particulier la mise en évidence du pédicule. » (Ch. Debray, R. Le Canuet et coll.). C'est l'avis de la majorité des auteurs français.

L'insufflation après lavement très opaque conseillée par les auteurs sué-

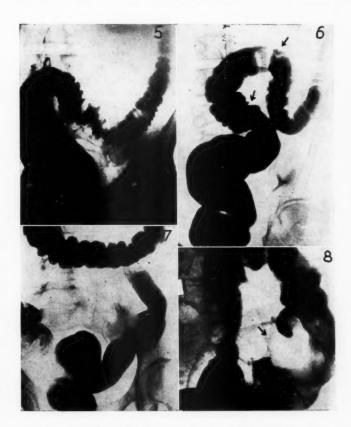


Fig. 5. — Polype pédiculé associé à des diverticules du sigmoïde. (Cliché Ропсиев).

Fig. 6. — Polypes disséminés du sigmoïde. (Cliché L. Jourde).

Fig. 7. — Polype cancérisé du sigmoïde.

Fig. 8. — Image « en tenaille ». (Cliché Ch. Debray et Le Canuer).

dois, anglais et nord-américains n'a guère de partisans en France. Pour notre part, les clichés en double contraste nous ont paru toujours très difficilement interprétables, du moins pour les polypes de petite taille, mais il faut reconnaître que nous n'avons jamais exigé les mêmes conditions que les auteurs étrangers : diète sévère et sans résidu pendant une semaine, évacuation intestinale par purgatifs et lavements répétés, ce qui implique évidemment une hospitalisation d'au moins une semaine.

Lorsque le polype est pédiculé, l'image du corps du polype avec son point d'implantation est assez caractéristique pour que toute confusion soit impossible :

- le corps du polype apparaît sous l'aspect d'une lacune arrondie ou

polylobée ;

— L'image du pédicule, mince bande claire de longueur variable, a une valeur diagnostique capitale. Lorsque l'incidence est favorable, on peut suivre l'image du pédicule jusqu'à son implantation repérable par l'existence sur le bord du côlon d'une encoche due à l'attraction de la paroi

par le polype.

L'image de l'encoche d'implantation a une grosse importance; c'est en effet le seul point fixe de l'image, le polype lui-même pouvant, lorsque le pédicule est assez long, se déplacer considérablement soit en amont, soit en aval. Cette mobilité caractéristique des polypes pédiculés mérite d'être bien retenue, car on considère souvent la fixité d'une image comme un bon signe d'organicité.

Plus rare, mais aussi caractéristique est l'aspect du polype vu de face sur laquelle Arnous, Gibert et Quennevat ont attiré l'attention : image « en cocarde » à double contour, le contour du pédicule s'inscrivant dans celui du corps du polype.

Moins évidentes sont les images de polypes sessiles. De profil : lacune régulière d'un bord ; de face : lacune arrondie à l'emporte-pièce.

L'erreur est alors rarement faite par excès. La préparation, divers artifices déjà cités permettent généralement d'éliminer une encoche spasmodique, un débris stercoral. Le problème est plutôt inverse et ce sont les erreurs par défaut qui dominent, et ceci en dehors de toute faute technique :

- parce qu'on n'a pas l'entraînement suffisant ;

- parce qu'on n'y pense pas ou que des images plus évidentes attirent l'attention : diverticulose par exemple ;

— parce que, enfin, les lésions doivent avoir un certain volume pour être visualisées par l'examen radiologique.

De nombreux auteurs ont insisté sur les échecs de la radiologie.

Irving F. Enquist, après étude de 48 cas de colectomie subtotale de principe, constate de nombreux polypes ignorés par l'examen radiologique dans 10 à 20 p. 100 des cas.

Judd et Carlisle ont fait la même constatation et soulignent la fréquente multiplicité des lésions.

Lillehei et O. H. Wangensteen, à propos de cancers du côlon, soulignent que dans 38 p. 100 des cas des polypes associés ne sont pas révélés par l'examen radiologique, ce qui expliquerait certaines récidives et cancers doubles ou multiples (7 p. 100 des cas).

Cette critique est évidemment d'importance. Elle nous semble toutefois

s'adresser plus spécialement aux polypes franchement coliques.

Pour les polypes du sigmoïde le problème semble différent : le sigmoïde est la partie étroite du côlon et par suite plus facilement explorable : grâce aux progrès apportés à la technique, il n'y a plus actuellement à ce niveau de zone radiologiquement muette ; enfin, l'attention du radiologue est tout naturellement attirée vers cette région d'élection du polype. Pourvu que le polype ait un volume suffisant, le diagnostic est techniquement possible.

La radiologie peut-elle signaler la dégénérescence d'un polype sigmoïdien ? — Cette question a été particulièrement bien étudiée dans l'article

déjà cité de Ch. Debray, Le Canuet et collaborateurs.

Vu de profil et en dehors d'une poussée inflammatoire le polype dégénéré se présente sous l'aspect d'une lacune marginale dont les particularités sont : la base relativement étroite de la tumeur formant une sorte de col, l'intégrité de la paroi opposée qui se laisse distendre facilement, l'existence d'une image en crochet, « en tenaille » particulièrement nette. Au cours des poussées inflammatoires, l'image est moins caractéristique : l'infiltration inflammatoire épaissit les parois qui ne peuvent plus se distendre, se souffler aux alentours de la base indurée du polype. Ainsi disparaît l'aspect en tenaille. De même lorsque le polype est vu de face, le diagnostic de dégénérescence devient beaucoup plus difficile ; on trouve une lacune irrégulière qui évoque une tumeur maligne sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'un polype dégénéré.

Quoi qu'il en soit, la radiologie, comme l'endoscopie, ne traduit la dégénérescence d'un polype que lorsqu'elle est assez avancée pour avoir

envahi la base d'implantation du pédicule.

Ainsi, bien souvent, le problème est-il inverse et c'est dans le tableau évident d'une lacune cancéreuse que l'on recherchera des arguments en

faveur de son origine à partir d'un polype bénin.

Les premiers stades de la dégénérescence sont radiologiquement muets. Le contour bien arrondi du corps d'un polype et l'existence d'un long pédicule n'excluent nullement un début de malignité. La perte de la mobilité, l'induration avoisinante de la paroi colique sont des signes tardifs difficilement appréciables.

Le diagnostic de dégénérescence débutante appartient là encore au seul

examen histo-pathologique.

Conclusion.

Des progrès considérables ont été réalisés dans la connaissance des polypes du rectosigmoïde grâce à l'endoscopie et à la radiologie.

Il est maintenant démontré que les adénomes sont fréquents, qu'ils sont très longtemps muets cliniquement, qu'ils peuvent dégénérer et qu'ils doivent donc être détruits.

L'endoscopie est l'examen de base. Elle découvre la majorité des polypes

coliques lorsqu'elle est poussée à 25 cm. Elle permet le prélèvement ou l'exérèse biopsique nécessaires à l'étude histo-pathologique. Elle précise ceux des polypes dont la destruction par les voies naturelles peut être raisonnablement tentée.

La radiologie doit compléter systématiquement l'exploration de l'endoscope ; nous avons vu les précautions indispensables à prendre pour que la découverte des polypes du sigmoïde soit plus fréquemment réalisée.

Mais il est bien évident que les améliorations techniques ne peuvent jouer qu'en fonction d'une collaboration étroite entre proctologue et radiologue; également entre proctologue et chirurgien, l'endoscopie per-opératoire, suivant la technique d'A. Busson, complétant l'exploration manuelle du chirurgien dans les polypes inaccessibles par les voies naturelles.

Fréquence des adénomes, latence clinique, possibilité de dégénérescence, nécessité du concours de différentes disciplines, voilà des raisons qui jus-

tifient la création et le développement des centres de dépistage.

Discussion

M. J. Bromstein (de Metz). — Quelle est l'attitude à adopter devant un polype siégeant à 13 cm de la marge, enlevé complètement par voie endoscopique et que l'histologie indique comme étant le siège d'un début de dégénérescence?

M^{me} Parturier-Albot. — Vous nous dites que vous enlevez toute la lésion par la pince biopsique. En cas de malignité, quelle attitude pouvez-vous adopter s'il n'existe plus de trace de la lésion après examen histologique ₽

M. Nora. — Ne pensez-vous pas que parmi les polypes « fantômes », outre ceux qui sont longuement pédiculés, il y en a qui, pédiculés, s'éliminent spontanément, pouvant donner une petite hémorragie qui peut passer inaperçue, l'élimination étant signée par l'aspect cicatriciel nacré à l'endroit où se trouvait le polype ?

M. Arxous. — A cette question du Dr Bromstein, on peut répondre de la façon suivante : si la malignité du polype est envahissante à la base, il faut se comporter comme pour un cancer et la formule que nous adoptons est celle de la chirurgie du cancer; si la malignité n'est qu'en surface, si le polype n'est pas dégénéré à la base, alors nous avons l'habitude de nous contenter de l'électrocoagulation et de suivre régulièrement le malade. Nous avons ainsi un grand nombre de malades que nous suivons depuis fort longtemps et qui demeurent complètement guéris par la simple électrocoagulation, à la condition que la dégénérescence soit en surface et n'ait pas atteint le pédicule et la base.

Dans un cas qui était douteux nous avons fait opérer après exérèse diathermique, 8 ou 10 jours après notre exérèse biopsique qui avait montré que la base était atteinte d'après l'examen histologique de Duperrat. En bien, lorsque Gibert a opéré le malade, il a trouvé une petite cicatrice, il a enlevé la lésion et Duperrat n'a plus rien trouvé dans la paroi de l'intestin complètement sain, a-t-il dit.

Je suis égaisment une malade depuis deux ans, de M^{mo} Albot ou de son équipe de la Mutualité : il s'agit d'une malade à qui elle a enlevé, elle ou un de ses assistants, un petit polype à la pince biopsique. Et puis, cette malade, à qui ou avait dit de revenir pour faire une radiothérapie de contact, est allée — avant de revenir faire cette radiothérapie de contact — consulter son medecin habituel, le D^T Quennevat; il n'a rien trouvé du tout et m'a montré la malade : je n'ai rien trouvé non plus; et depuis deux ans elle consulte l'un de nous, nous suivons cette malade sans plus rien trouver du tout.

Par conséquent, je crois qu'il ne faut pas se presser d'intervenir chirurgicalement

chez de tels malades.

On nous pose la question de la préparation idéale à la rectoscopie : il n'y en a pas, c'est véritablement tirer à pile ou face. La technique habituelle française, la voilà : ce sont deux lavements évacuateurs de 1 litre et demi à 2 litres donnés à 12 heures d'intervalle et le deuxième 4 heures au moins avant l'examen. Mais il est évident que, souvent, il suffit de constiper le malade par des opiacés et on a de meilleurs aspects que par les lavements, car ils diluent les matières et rendent très difficile la rectoscopie.

Et puis, il y a la technique américaine : on met le malade huit jours en clinique; il est soumis à une diète sévère sans résidu pendant une semaine, à des purgatifs répétés, à des lavements répétés pendant cette semaine. Il paraît que l'on a ainsi une meilleure préparation. Mais on ne peut imposer à toute rectoscopie huit jours

de clinique!

A la question posée par le Dr Nora, je répondrai : certainement, Nora a raison. Nous avons vu des malades qui ont éliminé des polypes, mais je pense que c'est plutôt le fait de l'enfant; ce sont les proctologues d'enfants qui le constatent; chez l'adulte, c'est moins fréquent. Il semble aussi que ce soit plutôt de faux polypes que des vrais. Dans le vrai polype, dans le pédicule du polype vrai, il y a une artériole; c'est cette artériole au niveau du pédicule qui saigne très abondamment et il est peu probable que l'élimination ne s'accompagne pas d'une assez forte hémorragie.

C'est donc plus vraisemblable pour les enfants et plutôt aussi le cas des faux

polypes que du polype vrai.

SUMMARY

Clinical, endoscopic and radiographical study of adenomas of the recto-sigmoid.

Rectocolic adenomas may show numerous clinical signs according their manner of implantation (sessile or pediculated), their form (uni- or polylobed), their volume (millet seed to large walnut), their number (single or multiple), the state of the surrounding mucous membrane (normal or hyperplasic), and finally according to the extent of the process (segmentary or complete forms).

Numerous varieties exist therefore, from the isolated polyp implanted in a normal mucous membrane to the innumerable adenomas or all shapes and sizes distributed in a diffuse manner throughout the mucous

membrane which is histologically hyperplasic.

The authors' research is essentially confined to the single adenoma and to the disseminated forms with no more than 10 elements, whose predilection for the segmentary form and the terminal intestinal location are known.

LES ADÉNOMES ET POLYPES DU RECTUM. ÉTUDE HISTOPATHOLOGIQUE

Par MM. R. TOURNEUR et M. TOURNEUR-FAVRE (Paris)

Les observateurs s'accordent tous pour considérer que, dans ce domaine comme dans celui de tous les processus tumoraux, il n'y a pas de diagnostic qui ne soit histologique. Cela place le pathologiste devant une responsabilité très lourde de conséquences pratiques. Or, si dans la grande majorité des cas, le classement de ces tumeurs permet très fermement de les dire bénignes ou malignes, il y a des cas difficiles, et c'est un domaine où l'on ne peut guère se satisfaire du possible ou du probable. Souvent l'autorité du pathologiste l'expose à outrepasser ses droits, en fait foi l'impressionnante différence de fréquence de la malignité dans les adénomes et polypes suivant les auteurs. Elle situe assez bien la marge d'optimisme et de pessimisme dans une science qui se veut exacte mais cependant ne fait qu'interpréter des structures. Parmi les arguments morphologiques, il en est qui sont non des critères, mais des éléments d'appréciation à confronter avec d'autres, en particulier l'étude macroscopique telle que la permet la rectoscopie.

Définition et position du problème.

Les adénomes et polypes du rectum ont une définition précise.

Ce sont des tumeurs bénignes de la muqueuse rectale, caractérisées par la prolifération de ses structures épithéliales. C'est la définition de l'adénome. Le terme polype met l'accent sur la fréquence avec laquelle ces structures saillent dans la lumière rectale entraînant un pédicule formé par la muqueuse normale, engainant avec la musculaire muqueuse un axe conjonctivo-vasculaire formé par l'attraction de la sous-muqueuse.

Cette définition élimine les pseudo-polypes inflammatoires où la prolifération concerne essentiellement le chorion, congestif, œdémateux, infiltré d'éléments leucocytaires. Il n'y a pas de prolifération épithéliale. Les glandes sont raréfiées, parfois kystiques. C'est l'aspect habituel des pseudo-polypes solitaires de l'enfant, celui observé dans la rectocôlite hémorragique et ulcéreuse au cours de diverses parasitoses. Ils n'ont d'ailleurs, dans l'ensemble, pas de potentiel évolutif tumoral. Elle élimine également les aspects pseudo-polypeux de certains replis hypertrophiques, de certains rétractions inflammatoires ou cicatricelles focales de la musculaire muqueuse et de la sous-muqueuse, coiffées de muqueuse non hyperplasique.

ARCH. MAL. APP. DIG. T. 50. Nº 9 bis. - Soc. Nat. Fr. Proct. (SUPPL. AU Nº 9, SEPT. 1961).

Cette définition élimine les proliférations étendues au-delà de la musculaire muqueuse qui sont des cancers certains ou épithéliomas invasifs.

Cette définition, par contre, englobe les proliférations épithéliales indifférenciées, atypiques ou anaplasiques limitées à la muqueuse, que certains appellent épithéliomas non invasifs, et c'est là que réside au fond tout l'intérêt et la difficulté du problème, celui du potentiel évolutif de ces tumeurs, de leur pronostic et du traitement qu'il convient de leur opposer. S'agit-il de polypes en cours de dégénérescence, de petits cancers, curables par un traitement d'exérèse limitée, ou exigeant une intervention plus ou moins mutilante 3

La place des adénomes parmi les tumeurs rectales s'est précisée peu à peu, nettement distinguée des cancers par Quénu et Landel en 1894 qui déjà faisaient une place à part à une lésion purement végétante, la tumeur villeuse, considérée comme intermédiaire en raison de sa fréquente évolution maligne, plus ou moins tardive. Cette distinction est confirmée par R. Bensaude et son école, Lambling (1928), A. Bensaude (1932), Rachet et l'ensemble de l'École française.

Ailleurs, en particulier chez les Anglo-Saxons, la distinction entre tumeurs adénomateuses, villeuses et épithéliomateuses est moins formelle. On distingue les épithéliomas et les tumeurs bénignes, adénomateuses ou papillaires, et l'on discute le potentiel d'évolution épithéliomateuse. C'est aussi l'opinion de Masson. Et les pathologistes discutent, dans ces tumeurs superficielles, les critères séparant la bénignité de la malignité.

L'étiologie de ces tumeurs est dans l'ensemble tout à fait inconnue. L'hypothèse d'une origine inflammatoire, jadis soutenue par Virchow ne se confirme guère dans les faits, si l'on sépare nettement, comme on le doit, les tumeurs vraies et les pseudo-tumeurs inflammatoires. On doit toutefois mentionner les rectocôlites ulcéreuses, cause surtout de telles pseudo-tumeurs mais comportant un cancer dans son évolution dans 2,5 p. 100 des cas (sur 800 cas) selon Brust et Bargens, tandis que Counsel et Dukes en relatent 13 cas.

L'origine dysembryoplasique a été soutenue par Ribbert mais elle a peu d'arguments. Le meilleur est celui de la polypose, familiale et héréditaire où la cancérisation, parfois pluricentrique, est quasi inéluctable dans la troisième ou la quatrième décade de la vie. Hors ce cas très particulier, il n'y a pas d'argument solide. Les pseudo-polypes sont fréquents chez l'enfant; les polypes vrais sont rares. Les polypes apparaissent surtout au début de l'âge adulte et augmentent peu à peu de fréquence.

La fréquence des polypes est grande. Krapp et Quintero en trouvent dans 9 p. 100 des cas sur 17.000 examens systématiques. Rider et collaborateurs en trouvent un ou plusieurs dans 5 p. 100 des cas sur une série de 9.669 examens. Ces auteurs et d'autres trouvent une fréquence semblable dans deux sexes, avec parfois une prédominance masculine plus ou moins nette.

Si les malades sont suivis, la récidive, sur place ou ailleurs, est fréquente.

Ainsi, Rider et collaborateurs, sur 7.487 examens, trouvent 401 polypes (5,4 p. 100) et 20 p. 100 de récidives si le polype est isolé, 40 p. 100 s'il

est multiple. Golograber et Kirsner trouvent une proportion de récidives analogue.

Ces polypes sont le plus souvent isolés ; dans 10 à 15 p. 100 des cas, ils sont multiples mais peu nombreux. Toutefois cette notion est limitée au rectum et au sigmoïde, car Linggnen (Stockholm) dans 1.351 autopsies trouve 234 polypes du gros intestin en amont des trente derniers centimètres, donc échappant à la rectoscopie. En correctif de cette notion pessimiste, concernant en majorité des sujets âgés, on doit noter que les auteurs s'accordent pour dire que la fréquence s'accroît vers l'aval et que la grande majorité des polypes siège dans le sigmoïde et le rectum, surtout entre 11 et 15 cm selon Ortmayer.

Ainsi on peut retenir que les polypes et adénomes ont une fréquence comparable dans les deux sexes, avec une prédominance masculine modérée; que l'examen en décèle à l'âge moyen dans 5 à 6 p. 100 de la population en l'absence de tout symptôme particulier; qu'enfin ils récidivent sur place ou ailleurs dans 20 à 40 p. 100 des cas.

Le problème de la malignité, par contre, est très diversement apprécié dans sa fréquence, ce qui situe bien la difficulté du problème. Cette fréquence semble grande à beaucoup. L'association est observée dans 27 p. 100 de 79 autopsies faites par Stewart et dans 25 d'une série de 33 cancers rectaux et sigmoïdiens étudiés par Dukes. Le même auteur, dans une série de 40 interventions et autopsies, trouve dans l'ensemble du côlon 24 cas avec polype, multiple 18 fois, le plus souvent dans le voisinage du cancer. Il y voit une sorte de prédisposition régionale de la muqueuse à faire du cancer.

L'affirmation de la naissance du cancer sur un polype est plus difficile à établir en raison même de la genèse du processus lésionnel. Toutefois, dans 14 p. 100 de 827 cas, Swinton et Warren considèrent cette éventualité comme démontrée.

Pour Ault, cette origine est certaine dans 15 p. 100 des cas : il l'admet comme plausible dans une égale proportion. Westhus donne 34 p. 100 de cas certains et, retenant les cas qu'il dit vraisemblables, admet une proportion de 60 p. 100. La fréquence est plus grande dans l'association polype et cancer. Elle rejoint la fatalité du cancer dans un ou plusieurs des polypes de la polypose. Elle rejoint aussi la notion bien connue que presque tous les petits cancers concernent des polypes, et celle qu'il y a souvent une hyperplasie de type bénin en un secteur de la bordure d'un cancer évolué. C'est redire encore la certitude d'un potentiel malin frappant plus ou moins lourdement les polypes.

Si personne n'en discute la réalité, la fréquence de ce risque est plus difficile à établir et, plus encore, l'appréciation de ce risque chez un malade donné. C'est que les critères donnés par les auteurs ne sont pas les mèmes. Souvent d'ailleurs ils manquent de précision dans les publications. Ainsi Ackerman donne 76 p. 100 de ce qu'il appelle les atypies focales, concernant soit la différenciation cellulaire, soit ce qu'il appelle les épithéliomas intramuqueux. On sait et nous redirons la fréquente

hétérogénéité de ces tumeurs qui réduit la portée des conclusions d'un examen partiel. Ainsi, Sunderland compare les résultats de la biopsie partielle et l'étude de coupes en série de pièces d'exérèse. Sur 48 papillomes, la biopsie avait donné 58 p. 100 de tumeurs bénignes, 26 p. 100 d'atypies, 16 p. 100 de tumeurs malignes. Après coupes faites tous les 2 mm, il arrive à l'inquiétante conclusion qu'il n'y a plus que 10 p. 100 de tumeurs bénignes, 28 p. 100 d'atypies focales, 62 p. 100 de tumeurs malignes. Par contre, Ortmayer ne trouve que 0,6 p. 100 de cancers; il est vrai qu'il veut, pour une telle affirmation, qu'il s'agisse de cancers invasifs. Il est vrai aussi que son étude est limitée aux tumeurs de petite taille, 1 cm environ de diamètre. Cet auteur et la plupart des autres insistent à juste titre sur les relations entre la taille et le risque d'évolution épithéliomateuse.

Cette notion est bien illustrée aussi par la différence d'ampleur de ce risque entre les adénomes et polypes d'une part, et les tumeurs villeuses d'autre part, et c'est à beaucoup un argument pour maintenir cette distinction.

De tout ceci on peut conclure à la grande fréquence des polypes, à l'importance du risque d'évolution cancéreuse, à la difficulté d'apprécier ce risque dans un cas particulier sans l'étude histologique de la totalité de la lésion.

Étude morphologique.

Nous laisserons de côté la description macroscopique traitée ailleurs, nous bornant à souligner la très grande valeur des constatations ainsi faites dans l'interprétation des conclusions histologiques pour la conduite pratique thérapeutique.

L'étude histologique permet seule le classement rigoureux de la lésion. Ces tumeurs dites bénignes sont par définition des excroissances loca-

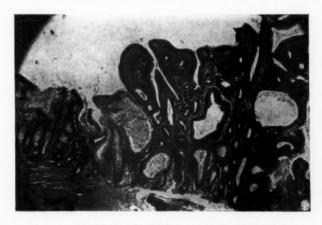


Fig. 1. - Adénome rectal tubulé à cellules mucipares claires.

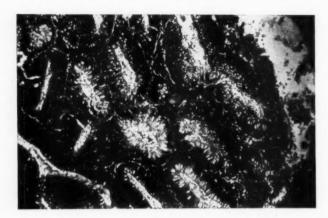


Fig. 2. - Adénome rectal villeux ou papillaire à cellules mucipares claires.

lisées circonférentiellement, c'est-à-dire entourée de muqueuse saine. Elles sont limitées à la muqueuse, laissant la musculaire muqueuse infranchie. Elles résultent, par définition encore, de la prolifération pure ou dominante des structures épithéliales, glandulaires et de surface. La participation du chorion est absente ou accessoire, de mode inflammatoire. C'est en somme une hyperplasie épithéliale focale limitée de la muqueuse rectale ou sigmoïdienne.

Sur le plan de l'architecture locale, la tumeur ainsi définie peut revêtir plusieurs aspects :

Le plus simple est représenté par la multiplication et l'allongement des



Fig. 3. - Adénome, à cellules claires et foncées, bénin.

tubes glandulaires lieberkühniens. C'est l'adénome au sens vrai du terme, dit encore adénome tubulé.

L'autre type principal est le papillome (dont la tumeur villeuse représente l'aspect volumineux). Ici, le chorion forme des excroissances fines, rarement ramifiées, plus souvent plissées par des épines conjonctives latérales ; elles sont libres dès le plan de la musculaire muqueuse ; elles sont

lapissées par un revêtement cylindrique.

Un type intermédiaire ou mixte est fréquent. Il comporte en zone profonde une structure tubulée, en surface un développement villeux ; ce sont les adénomes villeux (ou polypes adéno-villeux, ou adéno-papillomes L'épaisseur respective de ces deux zones est elle-même variable. C'est ainsi que l'on peut parler d'adénome villeux à prédominance villeuse, ou d'adéno-papillome à structure tubulée prédominante. Ce n'est pas sans intérêt car le potentiel dégénératif est plus grand dans les lésions papil-



Fig. 4. - Evolution épithéliomateuse d'un adénome, transformation intramuqueuse (sans invasion de la sous-muqueuse).

laires (ou villeuses) que dans les adénomes purs (tumeurs architecturalement très différenciées, très proches en somme de la structure normale de la muqueuse sur le plan qualitatif).

La formation de ces lésions et leur mode de croissance est aisé à comprendre quand on fait de nombreux prélèvements dans la polypose. Leur naissance est parfois sur un replis ; leur accroissement est lent. Les très petites tumeurs sont généralement des adénomes purs. Quand elles croissent, elles deviennent souvent de structure mixte, adéno-papillaire.

Leur implantation est parfois large par rapport à leur hauteur ; elles restent alors sessiles. Elle est parfois très large dans les tumeurs villeuses, et même diffuse justifiant le nom de « maladie villeuse » (Lambling).

L'implantation peut être plus étroite par rapport à leur hauteur ; cela facilite, la sous-muqueuse étant libre et la muqueuse environnante souple, leur attraction dans la lumière vers l'aval par le péristaltisme et le mouvement des matières. Ainsi se forme un pédicule dont le sommet est coiffé par la tumeur, lui-même fait d'une axialisation d'un secteur de la sous-muqueuse avec ses vaisseaux, gainé de muqueuse et musculaire muqueuse normales. Cette disposition favorise les troubles circulatoires par torsion ou autre traumatisme.

Dans l'un et l'autre cas, la muqueuse en zone tumorale est exposée aux facteurs traumatiques et à des troubles circulatoires qui facilitent des remaniements secondaires du chorion, mais celui-ci reste normal dans ses dispositions fondamentales. Ces remaniements sont souvent plus accusés dans les polypes pédiculés. Parfois la zone d'implantation de la lésion au niveau du pédicule est modifiée, avec isolement de culs-de-sac glandulaires, qui peuvent se dilater et se rompre par rétention de mucus et réaliser de faux aspects d'évolution épithéliomateuse colloïde, intriqués avec les fibres ramassées de la musculaire muqueuse.

Les caractères topographiques de la prolifération épithéliale étant ainsi schématisés, l'étude des caractères intrinsèques de la prolifération épithé-

liale doit être faite avec une particulière attention.

Les cellules de Paneth et les cellules argentaffines ne participent guère au processus tumoral. La prolifération concerne les cellules cylindriques, à plateau strié et surtout caliciformes mucipares, ces dernières étant en

grande majorité.

Elle peut être entièrement formée de cellules caliciformes normales ; ce sont les formes les plus différenciées. Souvent leur activité sécrétoire est réduite, parfois peu visible sans une technique spécifique de coloration comme le mucicarmin ou le P. A. S. (qui de plus colore bien la vitrée basale); les cellules sont alors plus serrées, beaucoup plus hautes, sombres, assombries par un noyau volumineux et de grande densité chromatinienne. Elles sont moins différenciées mais on n'admet plus l'opinion de Schmieden et Westhus qui trouvait là un argument de malignité. Elles sont les unes contre les autres, avec décalage de noyau, mais sans stratification véritable. Les mitoses sont fréquentes, parfois d'une fréquence impressionnante, mais ce sont des mitoses qualitativement normales ; les fuseaux sont parallèles au plan de la vitrée; elles sont productrices de noyaux assez semblables entre eux. Très souvent ces aspects s'intriquent mais avec des transitions régulières le long d'un tube ou d'une végétation papillaire, sinon d'un tube à l'autre. Souvent les aspects les moins différenciés concernent la surface, les plus différenciés la zone profonde. Bien entendu les vitrées sont continues et le chorion est normal ou inflammatoire, exsudatif ou cellulaire ; la sclérose est modérée si elle existe et n'est qu'une multiplication de fibres collagènes normalement orientées, s'accordant avec la régularité de l'architecture générale de la lésion, même si celle-ci varie d'une zone à l'autre. Souvent les zones indifférenciées correspondent à un chorion inflammatoire, les zones différenciées à un chorion normal, dans une sorte d'harmonie réciproque. Les cellules peuvent dans ces conditions perdre toute activité sécrétoire sans qu'il soit légitime de parler d'épithélioma in situ.

Telles sont les tumeurs que l'on peut appeler bénignes, que l'on doit ainsi définir comme adénomes, adéno-papillomes, papillomes, sessiles ou pédiculés, à cellules caliciformes ou indifférenciées, ou mixtes. Pour être en toute rigueur valable, cette conclusion doit, rappelons-le, concerner la lésion totalement étudiée ; une telle conclusion concernant une biopsie partielle comporte un élément d'extrapolation discutable qui n'est qu'atténué si le rectoscopiste a la certitude d'avoir prélevé un fragment qu'il estime « représentatif », sur une lésion à base souple.

Il faut, à l'opposé, tenter de définir, par esprit de symétrie, ce que l'on

appelle les critères de malignité.

K

G

1

e

e

e

n

n

t

e

Par définition, le critère absolu de malignité est le franchissement de la musculaire muqueuse par la prolifération épithéliale, anaplasique ou non, et pour autant qu'elle soit certaine. Ce sont les plus fréquents des petits cancers, ceux qui font justement des polypes la cause probable de la plupart des cancers rectaux et sigmoïdiens.

Il est plus difficile d'affirmer l'absence de franchissement de la musculaire muqueuse. C'est redire encore la nécessité de l'exérèse-biopsie pour

conclure en toute rigueur.

La lésion étant exclusivement intramuqueuse, les difficultés commencent. C'est le problème de la cancérisation « in situ », de l'épithélioma intramuqueux, ou intraépithélial, ou encore non invasif, ces termes n'étant d'ailleurs pas strictement synonymes.

Les critères concernent les caractéristiques cellulaires, leur disposition par rapport à la charpente, la vitrée sous-épithéliale, le chorion ou stroma,

l'architecture d'ensemble.

Les caractéristiques cellulaires sont difficiles à définir dans l'absolu, plus que beaucoup semblent le croire. Ainsi, en négatif, on doit rappeler la fréquence des cancers invasifs à cellules hautement différenciées, caliciformes, sans anomalies nucléaires accessibles aux techniques usuelles. En positif, on doit retenir les mitoses anormales non en fréquence, mais en qualité (tri- ou pluripolaires), en orientation, perpendiculaires à la vitrée basale, source de stratification vraie du revêtement épithélial, avec activité mitotique à distance de l'assise génératrice. Cela aboutit à une stratification désordonnée de cellules différentes entre elles quoique constriguës, par leurs caractères cytoplasmiques et surtout nucléaires (irrégularité, monstruosité, hyperchromasie, nucléole monstrueux ou multiple, etc.). Mais une telle anaplasie n'est pas nécessaire (Laumonier a bien montré l'anormale surcharge en acide désoxyribonucléique des noyaux en zones apparemment non malignes de cancers certains). La vitrée sous-épiliale est très souvent normale. Parfois elle n'est qu'ébauchée.

Les cellules couvrent irrégulièrement les végétations ou forment des cor-

dons pleins ou des tubes irréguliers à lumière discontinue.

Enfin, il est fréquent de trouver sur une même bordure, sans aucune transition, une zone cellulaire orthoplasique et une zone anaplasique, l'une

semblant détruire l'autre en la remplaçant de proche en proche.

Le chorion est souvent modifié, méconnaissable, transformé en stroma par sclérose, souvent faite de fibres aux affinités tinctoriales anormales. L'architecture d'ensemble peut ainsi devenir caricaturale, et l'on peut voir alterner sans transition orthoplasie et anaplasie dans un même revêtement, ou d'une végétation et d'un tube à l'autre, pourtant placés dans des conditions qui semblent biologiquement identiques, telles que l'état du chorion par exemple permet de le supposer. Nous ne saurions trop insister sur le fait que si souvent la netteté de chacun de ces éléments et surtout leur réunion impose le diagnostic, il y a des cas où ils ne sont

qu'incomplets ou très ténus, impropres à créer une conviction.

Ce groupe doit rentrer dans la définition que nous avons adopté avec d'autres des adénomes et polypes. Il comprend les adénomes et papillomes orthoplasiques certainement bénins lors de l'exérèse et dont le potentiel malin est éteint par ce geste. Doit-il comprendre aussi ces tumeurs intramuqueuses et anaplasiques ? Si l'on adopte le point de vue des histologistes, non. En effet, quand les critères susmentionnés sont observés, on doit parler d'épithélioma intramuqueux, ou d'adénome ou papillome à évolution épithéliomateuse intramuqueus. A cet égard, nous croyons qu'une autre distinction pourrait être faite entre épithéliomas intraépithélial et intramuqueux : intraépithélial celui ou l'anaplasie suit l'architecture régulière des tubes ou des végétations, intramuqueux celui où se forment des cordons ou tubes anaplasiques aux vitrées à peine ébauchées dans le chorion parmi les tubes sains.

Mais nous pensons que de telles lésions, s'il est légitime sans doute de les désigner « épithéliomas intramuqueux », in situ, ou peut-être mieux épithéliomas intramuqueux et intraépithéliaux, ne doivent être classés comme des cancers, ce terme devant être réservé au cadre des épithéliomas invasifs, c'est-à-dire ici franchissant la musculaire muqueuse. Ceux-là seuls ouvrent avec fréquence et gravité majeure le risque de métastases veineuses, lymphatiques, et de résurgences péritumorales, légitimant des ablations

larges avec leurs risques.

Les tumeurs adénoïdes ou papillaires où l'anaplasie est purement intramuqueuse ou intraépithéliale par contre guérissent souvent très bien par

exérèse complète mais non élargie.

Ainsi l'ablation par les voies naturelles avec collerette large, ou par résection segmentaire limitée si la lésion n'est pas abordable que par voie abdo-

minale est l'attitude généralement adoptée.

Ackermann sur 50 cas de papillomes (tumeurs villeuses) où il trouve des « atypies focales » dans 76 p. 100 des cas fait 27 excisions locales sans récidives dont 13 en vie depuis moins de 5 ans, 14 depuis plus de 5 ans. Hellwig et Barbosa donne 150 cas de « carcinomes non invasifs » guéris par polypectomie. Schapiro, sur 134 polypes, trouve 33 épithéliomas intramuqueux et se dit satisfait de l'exérèse locale.

Spratt et collaborateurs ont la même attitude et n'ont jamais observé de récidive cancéreuse dans les « épithéliomas » n'atteignant pas le pied.

C'est aussi l'avis de Rider, Ortmayer et de Ault.

Conclusion.

De tout ceci se dégagent les notions suivantes :

 — la grande fréquence des adénomes et papillomes, souvent solitaires ou parfois multiples;

- leur localisation de fréquence dominante dans la zone explorable au rectoscope;

- leur rôle certain dans la genèse d'un nombre élevé de cancers ;

— les difficultés de classement histologique précis.

La sécurité est dans la qualité de l'étude histologique qui postule l'étude de toute la lésion, en particulier de la zone d'implantation. Elle est aussi dans la nécessité du contrôle rectoscopique périodique chez les opérés de polypes en raison de la fréquence des polypes récidivants ou multiples. Ce contrôle s'impose plus impérieusement sans doute quand le contrôle histologique a montré dans les lésions des signes plus ou moins nombreux et convaincants d'anaplasie permettant de définir la tumeur adénoïde comme épithélioma intraépithélial ou intramuqueux.

Si à ce contrôle il y a certitude d'effraction de la musculaire muqueuse, c'est un cancer à traiter comme tel, que masque l'adénome ou le polype

qui lui a donné naissance.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN. - Villous adenomas of the large intestine. Clinico-pathologic evolution of 50 cases of villous adenomas with emphasis of treatment. Ann. Surg., 147, nº 4, 1958, 476-487.

ALLAINES (D'), DUBOST (C.) et FOURNIER (M.). - Le traitement des tumeurs villeuses

du rectum. Arch. Mal. App. Dig., 38, 1949, 1096.
ULT (G. W.). — The relationship between rectal polyps and rectal carcinoma. AULT (G. W.).

J. Kentucky M. A., mars 1952, 50-108.

Bacon (H. E.), Laurens (J.) et Pearl (J. R.). — Histopathology of adenomatous polyps of colon and rectum with special emphasis on relation between adenoma and carcinoma. Surgery, 29, mai 1951, 663-677.

Bacon (H. E.), Lowell (E.) et Trimpi (D.). — Les papillomes villeux du côlon et du

rectum. Étude de 28 cas et résultat définitif du traitement après 5 ans. Surgery, 35.

nº 1, janvier 1954, 77-87.

BARBERAS-VOLTAS (J.) (Barcelone). — Tumeurs épithéliales bénignes du rectum. Diagnostic et traitement. Rapport du VIIIº Congrès espagnol de Pathologie digestive et de la Nutrition, Grenade, 1957, 78 p.

Bensaude, Cain et Lambling. - Maladies de l'intestin, 3º série, 1935, Masson, édit.

BENSAUDE (A.). - Thèse Paris, 1933, Masson, édit

BINKLEY (G. E.) et SUNDERLAND (D.). - Diagnostic et traitement des adénomes papillaires du rectum. Am. J. Surg., 75, nº 2, février 1948, 365-368.

Binkley (G. E.), Sunderland (D.) et Miller. — Le traitement des adénomes papillaires du rectum. New York State J. Med., 49, nº 15, aout 1949, 1791-1794.

BURNS (F. S.). - Papillomas of the colon and rectum. Am. J. Surg., 1950, 80-97. CAIN (H.) et BENSAUDE (A.). - Les modes d'apparition du cancer du rectum. Considé-

ration tirée de l'étude des petits cancers. Arch. Mal. App. Dig., 27, 1937, 353.

Debray (Ch.), Le Canuet (R.), Chatelain (A.-L.), Petit (A.) et Aussage (J.). — Les polypes isolés du côlon et leurs signes de dégénérescence néoplasique. Arch. Mal. App. Dig., nos 7-8, 1954, 834.

CLASTURGO (C.) et Miller (G. A.) (Urbana). — Program of detection of colonic and rectal polyps. J. A. M. A., 153, no 16, 19 décembre 1953.

GOLOGRABER (M. B.) et Kirsner (J. B.). - Polyps and carcinoma of the colon. Arch. Int. Med., 4, 1957, 669-677.

HAVES (H. T.) et BURR (H. B.). — Les adénomes du rectum et du côlon. Traitement chirurgical. J. Int. Coll. Surg., 23, no 1, janvier 1955, 56-72.

Hellwig (C. A.) et Barbosa (E.). — Cancer (Philadelphie), 12, nº 3, 1959, 620-624.
Hillemand, Bensaude et Loygue. — Les maladies de l'anus et du canal anal. Masson,

HILLEMAND (P.), VERNE, LE BOUC et FAIVRE. - R. C. H. et cancer. Arch. Mal. App. Dig.,

KAPP (D. F.) et QUINTERO (J.). — Guthric. Clin. Bull. (Sayre), 27, no 4, 174-177.

LAUMONIER (R.) et LAQUERRIÈRE (R.). — La mesure histophotométrique de l'A. D. N. (son utilisation pratique en pathologie digestive). Bull. et Mém. Sem. Méd. Hôp. Paris, nos 9-10, 11 mars 1960.

McLanahan (S.), Groue (G. P.), Kiefer (J. R. F.) (Baltimore). - Conservative surgical management for certain rectal adenoma showing malignant change. J. A. M. A.,

141, nº 12, 19 novembre 1949, 822-826.

Lee (H. C.) et Kar (J.). — Papillary tumors of the rectum. Am. J. Surg., 143, 1956,

LAMBLING (A.). — Thèse Paris, 1928, Masson, édit.

Masson (P.). — Tumeurs humaines, 1956, 517-521. Maloine, édit.

ORTMAYER (Marie) (Chicago). - Carcinoma in small polyps of the distal colon: a sigmoidoscopic and histology study. Gastroenterology, 3, no 4, octobre 1956.

Parturier-Lannegrace (M.). - A propos de la radiothérapie de contact dans les tumeurs villeuses. Arch. Mal. App. Dig., 38, nos 5-6, mai-juin 1949. - Le diagnostic efficace du cancer du rectum. Vie Médicale. PARTURIER-ALBOT (M.). -

avril 1956.

Parturier-Albot (M.), Daoud-Thaly et Tsilliras. — A propos de 14 cas de cancer du rectum au début, dépistés au stade purement muqueux type α. Arch. Mal. App. Dig., 40, nos 9-10, septembre-octobre 1951.

RIDER (J. A.), KIRSNER (J. B.), MOELLER (H. C.) et PALMER (W. L.). - Polyps of the colon and rectum. J. A. M. A., 170, nº 6, juin 1959, 633-637.

RACHET (J.), Busson (A.) et Arnous (J.). - La polypose colique disséminée. Gastroentérologie, 73, 1948, 362-370.

SCHAPIRO (P.). - Villous papillomas of the rectum and colon. Selective therapy. J. Int. Coll. Surg., 30, nº 6, décembre 1958, 809-810.

SPRATT (John S.), LAWSON (V.), ACKERMAN, CARL, MAYER. - Relationship of polyps of the colon to colonic cancer. Am. J. Surg., 148, 1958, 682.

SUNDERLAND (D. H.) et BINKLEY (G. E.). - Papillary adenoma of the large intestine. Clinical and morphological study of 48 cases. Cancer, 1, 1948, 184.

TOURNEUR (R.), BENSAUDE (A.) et DUMUIS (R.). - Réflexions sur les polypes du rectum chez l'enfant. A propos de l'étude histopathologique de 42 cas. Arch. Mal. App. Dig., 44, nº 1, 1955, 91-94.

Ziegler (J.). - Les polypes solitaires du côlon. Thèse Paris, 1953.

DISCUSSION

M. Bensaude. - 1º Quelle différence y a-t-il entre la structure papillomateuse et la tumeur villeuse? 2º Y a-t-il identité terminologique entre les termes : adénomes et polyadénomes ?

M. Tourneur. — 1º Le Dr Bensaude me demande s'il y a identité entre une

tumeur intitulée adénome ou polyadénome : - l'adénome, c'est une tumeur unilobée;

- le polyadénome, plus étalé, en nappe, est polylobé en surface.

Grosso modo, l'adénome a une caractéristique topographique assez simple. 2º Je dois dire que la différence est précaire entre la structure papillomateuse et la tumeur villeuse. Il y a là une difficulté. Il semble bien que le terme de tumeur villeuse s'applique toujours à des tumeurs d'un certain volume. Je ne pourrais en situer la limite; mais, dans les classifications anglo-saxonnes, en particulier, les auteurs semblent faire l'identité entre les deux. Et, en somme, on peut appeler papillome, dans la nomenclature française, les tumeurs qui ont un aspect papillaire, mais petites; et, quand elles dépassent un certain volume, on peut les appeler tumeurs villeuses. Mais il n'y a pas de barrière entre ces différents types. En toute rigueur, on ne peut pas dire que ce sont des maladies différentes, ce sont des cas assez différents au point de vue pronostique, mais au point de vue architectural, c'est pareil.

SUMMARY

Adenomas and polyps of the rectum. A histopathological study.

From an over-all consideration of their researches, the authors think that the following facts are worthy of note:

- the great frequency of adenomas and papillomas, often single, sometimes multiples;
- the overwhelming frequency with which they are found in the area explorable by a rectoscope;
- the undisputed part they play in the genesis of a large number of cancers;
 - the difficulty of accurate histological classification.

0.

al

6,

7.

18

e,

p.

ie

0-

y.

of

e.

m

1..

se se

et ur nis es er er, er ate The thoroughness of the histological examination which presupposes a study of the whole lesion, in particular of the area of implantation, is a safeguard. A further safeguard lies in the need for a periodical rectoscopic examination of patients who have been operated on for polyps in view of the frequency of recurrent or multiple polyps. This control becomes more strictly necessary of course when the histological examination has shown up in the lesions more or less numerous and convincing signs of anaplasia enabling the adenoid tumour to be defined as an intraepithelial or intramucosal epithelioma.

If at this examination the muscularis mucosa is definitely found to have been affected, it is cancer masked by the adenoma or the polyp which gave rise to it, and should be treated as such.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DES POLYPES RECTOSIGMOÏDIENS

Par MM. J. SOULLARD, F. POTET (*), F. DUPREY, J.-J. FERRIER et A. LAMBLING (Paris)

L'adénome rectosigmoïdien est-il une graine de cancer ? A cette angoissante question, cas particulier de la prédisposition au cancer sur laquelle se cristallise toute une partie de l'anxiété de notre époque, on ne peut répondre que par des observations accumulées, suivies de manière homogène tant sur le plan clinique que sur celui de l'histologie. C'est ce que nous avons essayé de faire dans des statistiques à la dimension de nos moyens de travail, donc assez modestes. Leur exposé un peu ardu paraît trouver sa récompense dans des résultats éclairés d'un certain optimisme.

Matériel d'étude.

Notre étude a porté sur des néoformations ayant l'aspect morphologique clinique — et plus particulièrement endoscopique de polypes —, et sa confirmant, à l'examen histologique, avoir au moins partiellement une structure adénomateuse.

C'est ainsi que certaines tumeurs à apparence de polypes ont dû secondairement, lors du contrôle histologique, être éliminées : tumeurs villeuses, hyperplasies muqueuses simples, nodules lymphoïdes, formations lipomateuses, 2 carcinoïdes, 1 Brill-Symmers, 1 granulome inflammatoire.

Nous avons exploré et suivi 131 porteurs de polypes. Ces néoformations étaient de taille variable d'une tête d'épingle à une ou deux noix, les plus petites posant les mêmes problèmes que les grosses. Notre étude est peut-être plus fournie en petits polypes facilement découverts par l'endoscopie, alors que de plus grosses lésions sont plus accessibles à l'examen radiologique et souvent dirigées d'emblée vers le chirurgien.

La plupart de ces polypes situés entre le canal anal et 25 cm d'endoscopie ont été enlevés à l'électrocoagulation à l'anse diathermique; quelques petits en tête d'épingle l'ont été à la simple pince à biopsie. Exceptionnellement, les caractères morphologiques ou histologiques ont requis l'exérèse chirurgicale.

Ces 131 observations représentent le lot des patients disciplinés ou dociles

^(*) Attaché de recherche à l'I. N. H.

qui ont bien voulu répondre à notre appel en vue de ce travail aux fins de rectoscopie. Cependant, pour 23 d'entre eux, nous avons dû nous contenter de renseignements fonctionnels ou de l'exploration non spécialisée du médecin traitant.

Le public hospitalier et les patients privés de l'un de nous ont répondu très inégalement. Pour le premier, beaucoup de malades avaient été perdus de vue. Les seconds, au contraire, ont répondu pour la plupart et, grâce aux recoupements effectués auprès des médecins traitants, nous ne pensons pas que des évolutions péjoratives aient échappé à notre enquête.

Tous les examens histologiques pratiqués lors du premier examen de chaque malade et ainsi échelonnés sur plus de 10 ans ont été concentrés entre nos mains et intégralement revus par l'un de nous. Nous remercions à ce propos nos 5 collègues (Pr Duperrat, Dra Hewitt, J. Conte, Tourneur, Fevel) qui ont bien voulu nous confier leurs anciennes coupes.

L'importance des données histologiques est telle qu'il nous paraît nécessaire, avant d'aller plus avant, de donner une définition précise des types de notre classification : ainsi seront évités tous malentendus terminologiques.

Classification histologique.

Le polyadénome bénin sans dédifférenciation est une prolifération de tubes glandulaires présentant strictement la même morphologie et la même structure que la muqueuse glandulaire du rectum normal. Les tubes sont réguliers, bordés de cellules cylindriques caliciformes, la sécrétion muqueuse rejetant le noyau tout à fait à la base de la cellule. Nous avons éliminé de cette classe toutes les dédifférenciations même minimes en surface du polype. Dans ce type, l'épithélium de surface présente une structure analogue à celle de l'épithélium de la muqueuse rectale. Le chorion est pauvre, souvent un peu inflammatoire, peu congestif. Les mitoses sont rares, toujours symétriques.

Le polyadénome bénin avec dédifférenciation est caractérisé par la présence de tubes nettement plus basophiles et la perte de leur pouvoir sécrétoire normal. Les cellules sont cylindriques avec noyaux nettement plus volumineux, plus irréguliers de taille d'une cellule à l'autre, et irrégulièrement répartis le long des basales. La sécrétion est absente ou réduite à un microcalice apical. Il est fréquent de rencontrer dans ces formes encore bénignes de nombreuses mitoses mais toutes symétriques ; une multistratification peut s'ébaucher. Le stroma reste peu abondant, les basales sont nettes.

Nous avons noté chaque fois que cela était possible la dédifférenciation : moins de r/3 du polype = dédifférenciation souvent localisée en un point précis de la surface. De r/3 à r/3, les plages de différenciation sont plus diffuses. Plus des r/3: ces polypes sont très souvent éminemment suspects et on peut y trouver relativement souvent des anomalies les rapprochant du cancer r/3 in r/3.

Le polyadénome villeux n'est pas la banale tumeur villeuse, car si une partie de la prolifération a un aspect villeux classique avec ses digitations vasculo-conjonctives tapissées de cellules cylindriques, d'autres parties ont, par contre, un aspect franc de polyadénome. Ces formes souvent très dédifférenciées se sont avérées, nous le verrons plus loin, être de pronostic plus péjoratif. Le caractère partiellement villeux en est responsable.

Les cancers ont été distingués en :

Cancer « in situ », ou stade O de la classification internationale : c'est le stade cytologique du cancer qui n'a pas rompu les basales glandulaires. Nous retenons les 3 caractères néoplasiques d'irrégularités nucléaires, de multistratification franche, et les anomalies des mitoses incomplètes ou asymétriques.

Cancer invasif, ou stade I: il y a rupture de la basale glandulaire, mais la musculaire muqueuse n'est pas dépassée.

Elle l'est aux stades II et III, où le cancer atteint la sous-muqueuse

puis toute la paroi. Dans un polype, il envahit le pédicule.

Rien ne permet, souvent, de distinguer macroscopiquement ces diverses formes de polypes, pas même la grosseur. Nous avons vu, en effet, des cancers in situ de la taille d'une tête d'épingle. L'exiguïté de telles tumeurs ne paraît, a priori, guère favorable au mécanisme de la dégénérescence : si petites, elles paraissent bien nées avec leurs atypies cellulaires et nucléaires.

Le polype de l'enfant nous a paru, dans tous les cas étudiés, très univoque. Il est constitué d'une prolifération relativement modérée de glandes à cellules caliciformes, souvent très sécrétantes. Très fréquemment, on trouve de grandes cavités kystiques distendues par une sécrétion muqueuse et bordées de cellules aplaties à noyau médian. Tous ces tubes glandulaires sont parfaitement réguliers sans anomalies cytologiques.

Surtout, le stroma est particulièrement abondant et constitue la majeure partie de la tumeur. Il est constitué de fibres conjonctives jeunes et d'un infiltrat inflammatoire souvent très important. Les vaisseaux y sont nom-

breux et congestifs.

Il s'agit donc d'une forme très particulière, inflammatoire, qui nous a

paru caractériser ces polypes de l'enfant.

Nous avons examiné 12 polypes de ce type. Tous les enfants intéressés par cette étude avaient de tels polypes. Ils sont rares dans l'adolescence, soit qu'on les ait enlevés, soit qu'ils aient été éliminés spontanément. Mais nous avons trouvé chez l'adulte jeune, de 20 à 30 ans, 2 cas de formes mixtes, avec des plages purement inflammatoires et d'autres très distinctes, franchement adénomateuses, comme s'il s'agissait de formes de passage, le polype de l'enfant pouvant se pérenniser chez l'adulte. Mais il s'agit là de faits sûrement rares, puisque chez l'adolescent il n'y a presque plus de polypes type enfant, et qu'on ne trouve pas encore d'adénomes.

La disparition spontanée à laquelle nous avons parfois assisté (à l'occasion de l'hémorragie causée par la rupture) laisse parfois un petit relief, reliquat du pédicule, longtemps après l'expulsion (3 à 5 ans dans 2 cas).

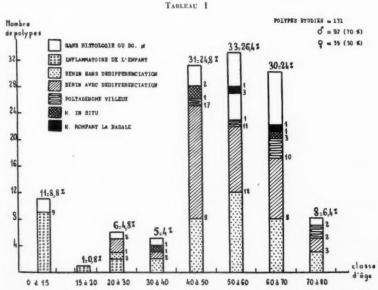
Hormis les deux cas transitionnels constatés entre 20 et 30 ans, on ne retrouve plus de polypes de ce type chez l'adulte.

Fréquence et types histologiques aux différents âges.

La **prédominance masculine** (70 p. 100) est supérieure à ce qui est habituellement constaté : sur 131 polypes il y a 92 hommes et 39 femmes.

La répartition du nombre selon l'âge peut être étudiée sur le tableau I : on y voit après le 8,8 p. 100 de polypes de l'enfant, le « trou » de l'adolescence (0,8 p. 100) correspondant à la disparition de la forme infantile alors que l'adénome de l'adulte est encore rare. Sa grande fréquence est concentrée dans les trois décades de 40 à 70 ans, qui groupent 75 p. 100 du total, tandis qu'au-delà de 70 ans le polype devient curieusement rare (6,4 p. 100) même si l'on tient compte du plus petit nombre d'individus.

La répartition des types histologiques selon l'âge est étudiée également sur le premier tableau. Dès le premier coup d'œil, on voit qu'en dehors du



Répartition des polypes et de leur type histologique en fonction de la classe d'âge.

polype de l'enfant les différents types histologiques sont répartis de façon

à peu près uniforme dans les différentes décades d'âge.

Quelques remarques s'imposent : jusqu'à 15 ans, on trouve seulement le polype inflammatoire propre à cet âge et il n'y a aucun adénome. De 15 à 20 ans, c'est le creux entre ces deux formes. De 20 à 30 ans, apparaissent les vrais adénomes et persistent ces rares formes mixtes de passage mi-inflammatoires, mi-adénomateuses franches, signalées plus haut, pérennisant peut-être le polype infantile et justifiant sûrement, malgré leur rareté, l'exérèse systématique du polype de l'enfant. Entre 30 et 40 ans, les adénomes sont encore rares mais on voit déjà un cancer in situ. Dans les trois décades de 40 à 70 ans, on atteint le plateau de fréquence, mais la proportion de cancers in situ ne s'élève pas, ni celle des dédifférenciations. Si entre 60 et 70 ans existe un cancer invasif, il n'y a par contre qu'un cancer in situ. De 70 à 80 ans : chute de fréquence et absence de malignité.

On peut conclure : que si la fréquence des polypes s'établit indiscutablement entre 40 et 70 ans, à peu près rigoureusement identique au cours de ces trois décades, la proportion des différentes variétés dans chacune de ces décades est remarquablement constante, et l'on ne voit point augmenter le nombre des formes histologiquement malignes. Si l'adénome subissait une évolution dégénérative, on devrait voir augmenter d'une décade à l'autre le nombre de formes malignes, puisqu'elles sont décelées à un âge plus avancé.

Les polypes multiples.

Il était intéressant de réunir dans leurs classes d'âges respectifs les sujets porteurs de polypes doubles ou multiples et de rechercher si un plus grand potentiel de malignité s'ajoute au plus grand nombre des polypes.

Le tableau II montre que la multiplicité des polypes n'entraîne ni une plus grande fréquence de malignité, ni une plus grande fréquence de

récidives sur l'ensemble de la statistique.

L'incidence de cette multiplicité sur les tranches d'âge est à peu près constante (20 p. 100) eu égard au nombre des polypes uniques pour ces mêmes âges.

Ces deux constatations : malignité pas plus fréquente dans les cas de polypes multiples ; multiplicité pas plus fréquente dans les tranches d'âges élevées, sont peu favorables à la thèse de l'éventuelle dégénérescence de l'état précancéreux.

Évolution et récidives.

Nous n'avons jamais perdu un malade du fait de l'évolution propre de son polype, en excluant l'évolution propre d'une néoplasie préalable associée ou secondaire à distance.

TABLEAU II

SAMS HIST.	P. AVEC	POLYADENONE VILLEUX
P. DIFLAM.	P. SANS DEDIFFER.	E. ROMPANT LA BASALE

Classes d'âge	Porteurs de 2 polypes	Parteurs & 3 polypes	Porteurs de 4 polyper	Porteurs ±5polyp
20 à 30 ans				
30 à 40 ans	WW			
40 à 50 ans	3.00	\$200 \$100 \$100 \$100 \$100 \$100 \$100 \$100	<u> </u>	
50 à 60 ans	8 4 4 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	ш	(A) (1) (B) (B)	ፙፙፙ
60 à 70 ans	## ## ## ## ## ##			

Caractère histologique des polypes multiples en fonction de l'âge.

Nous n'avons jamais vu un cancer commun (adénocarcinome) (stade III) apparaître à l'endroit précis où nous avions enlevé (le plus souvent à l'électrocoagulation) un adénome bénin authentique contrôlé.

Nous n'avons jamais vu un adénome bénin laissé en place pour une raison fortuite se transformer dans les années suivantes en cancer commun.

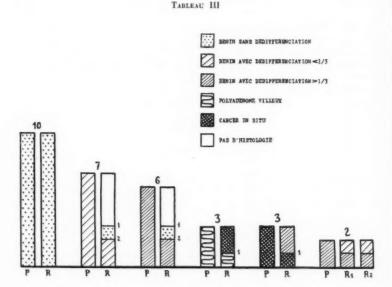
Nous n'avons jamais vu un adénome malin, au stade des anomalies cellulaires et nucléaires, c'est-à-dire de cancer in situ, se transformer sur place ou par récidive en cancer invasif, c'est-à-dire ayant franchi la basale et envahi la sous-muqueuse. Nous ne voulons point dire que ce passage n'existe pas, mais seulement qu'il est difficile à saisir et rarement observé. Nous verrons plus loin quelles hypothèses nous suggère cette phase mystérieuse de l'évolution du cancer. Et pourtant, nous avons eu de nombreuses récidives :

31 récidives sur 131 sujets, dont 5 femmes (sur 39 au total) soit 1 pour 8,

et 26 hommes (sur 92 au total) soit 1 pour 3,5. Il faut donc souligner, à côté de la plus grande fréquence des polypes chez l'homme, la beaucoup plus grande fréquence relative des récidives.

Confrontation histologique des récidives avec le polype initial.

Le tableau III montre que, si l'on met à part à juste titre le polype villeux, dont la récidive marque l'augmentation du potentiel de malignité, au contraire, tous les autres adénomes et même ceux avec cancer in situ récidivent sur le même mode, ou sur un mode légèrement régressif.



Confrontation des types histologiques du polype initial et de la récidive.

C'est la preuve d'une stabilité histologique tout à fait remarquable, comme si chaque sujet avait sa marque propre, son index prolifératif inscrit dans les cellules de son épithélium colique.

Cette constatation prend encore plus de valeur si l'on songe qu'un grand nombre de polypes ont été convoqués longtemps après leur première exérèse (3 à 5 ans pour 35 d'entre eux, et 5 à 10 ans pour 43) et que les récidives constatées lors de cet examen de contrôle en fin de 1960 pouvaient exister depuis plusieurs années.

La destinée des polypes laissés en place.

Bien que nous enlevions tous les polypes vus, nous avons quelques observations privilégiées de polypes laissés en place, dues surtout à la négligence des malades : 5 ont été contrôlés avec des reculs de temps variés ; 3 ont donné des renseignements sans contrôle endoscopique.

SUJETS REVUS ET CONTRÔLÉS

F. 48 ans, une élevure verruqueuse à 10 cm revue 3 ans après : 2 polypes au lieu d'un, de même taille que précédemment, du type adénome bénin bien différencié.

H. 63 ans, tête d'épingle à 12 cm, retrouvée identique après 4 ans et alors enlevée : adénome à cellules caliciformes sans aucune dédifférenciation.

H. 47 ans, 3 polypes situés entre 15 et 20 cm pour 2, et au-delà de 25 pour le 3° se retrouvent identiques après 3 ans : adénomes à cellules caliciformes sans dédifférenciation.

H. 46 ans, 1 polype pédiculé à 12 cm a disparu à deux examens de contrôle à un an d'intervalle, 9 ans après le premier examen, tous faits par le même opérateur.

H. 57 ans, 3 polypes grosseur d'une lentille entre 5 et 10 cm; on en oublie un lors de l'exérèse. Il n'est pas retrouvé en 1961 lors d'un examen de contrôle soigneux sur convocation.

SUJETS NON CONTRÔLÉS

H. 32 ans, une lentille entre 5 et 10 cm — sans histologie — n'a pas resaigné depuis 5 ans.

H. 80 ans, une lentille à 15 cm, ne saigne pas et va bien 8 ans après.

H. 88 ans, une groseille sessile à 14 cm, aucun symptôme rectal depuis l'examen : mort à 92 ans d'infection urinaire 4 ans après.

Ces observations sont trop peu nombreuses pour en tirer de grandes conclusions. Mettons à part les deux cas de disparition spontanée dont l'authenticité est tributaire de la rigueur de l'examen, que l'on a toujours le droit de mettre en doute. Aucun des autres polypes revus de 3 à 8 ans après le premier examen n'a été le siège d'une dégénérescence. Au contraire, on remarquera leur stabilité morphologique et la constance des caractères histologiques.

Les polypes associés à un cancer.

Nous avons en vue ici l'étude des polypes interférant avec des cancers. Ces cancers ont pu exister antérieurement au polype qui est découvert à la rectoscopie, sur le còlon abaissé ou de part et d'autre d'une résection; coexister avec le polype, à distance de celui-ci qui a pu conduire au prin-

cipal diagnostic; ou encore ils pourraient éventuellement apparaître secondairement au polype à distance de celui-ci.

Il est intéressant de rechercher si ces polypes situés dans l'environnement du cancer présentent, de ce fait, des caractères particuliers :

1º Cancer rectosigmoïdien préalable :

Dur... A. (F.). Un polyadénome villeux en aval de la suture de résection : peu

sécrétant, nombreuses mitoses, multistratification. Sim... F. (H.). Un polype villeux en aval de la suture de résection; vu quelques mois après la résection pour cancer; exérèse à la pince en 1958, n'avait pas de récidive en janvier 1961. Lig... (F.). Un polype de la grosseur d'une noix en amont de la suture de

résection. Histologie : polype villeux.

2º Cancer reclosigmoïdien associé :

Emp... M. (F.). 4 polypes entre 12 et 15 cm de grosseur variant d'épingle noire à flageolet. Histologie : polyadénomes complètement dédifférenciés peu sécrétants, mitoses nombreuses, multistratification, stroma peu abondant. De plus, 1 polype à la jonction sigmoïdo-descendant, pédiculé de 10 cm, gros comme une cerise, c'est un cancer invasif avec rupture de la basale, mitoses abondantes, aucune sécrétion.

Ded... J. (II). 1 polype villeux à 12 cm, pédiculé, grosseur de deux framboises. Histologie: mitoses nombreuses, anormales, multistratification, noyaux hyper-chromatiques. C'est un polype villeux avec cancer in situ, contemporain d'un cancer sigmoïdien, lésion squirrheuse inopérable du sommet de l'anse.

Beau... M.-J. (F.). Un polyadénome bénin en tête d'épingle avec dédifférenciation à 8 cm; un polype villeux à 14 cm (pois sessile); un cancer à 15 cm. Résection en 1955. Récidive en 1957 de cancer à 15 cm sur le côlon abaissé, et de polype à la jonction anale d'histologie suspecte.

Pro... H. (F.). Polype d'accompagnement minuscule en aval d'un cancer typique, constitution mixte avec 2/3 de dédifférenciation, peu de sécrétion, mitoses nombreuses asymétriques, basale rompue, multistratification : c'est un cancer in situ accompagnant un cancer typique.

Conclusion:

- Les cancers rectosigmoïdiens préalables sont suivis dans 3 cas de polyadénomes villeux.

- Les cancers associés le sont à 4 polyadénomes complètement dédifférenciés, 1 polype villeux, 1 polype villeux + 1 polyadénome bénin dédifférencié, 1 polype minuscule avec cancer in situ.

Ainsi, le polype villeux accompagne le cancer bien plus fréquemment que l'adénome et marque une fois encore son pronostic particulier ; l'adénome l'accompagne parfois, mais il est dédifférencié ou malin in situ; cette malignité affecte de minuscules polypes, nés ainsi et non secondairement dégénérés.

Tout se passe comme si le « ton » était donné à toutes les proliférations de la région.

Un cas très particulier mérite d'être rapporté plus longuement illustrant cet unanimisme, comme si dans des tumeurs de morphologie différente, à malignité enclose ou envahissante, les cellules obéissaient à un même mot d'ordre, dès leur origine et dans les limites du volume tumoral : B... opéré en 1959 d'une tumeur villeuse à 13 cm qui s'avère dégénérée, présente aussi deux petites formations villeuses anales très anarchiques. En 1960, apparition à 13 cm d'un polype pédiculé, très dédifférencié et dans le canal anal d'un adénome villeux, curieusement né sur une métaplasie en territoire malpighien. En enlevant ces lésions à l'électrocoagulation, on trouve, proche du polype de 13 cm, un cancer infiltrant. Celui-ci impose une troisième opération, un Babcock qui permet de trouver sur la pièce d'exérèse à 25 cm, un minuscule polype qui est un cancer in situ.

Ces néoplasies étagées dans toutes les structures : métaplasie anale, adénome villeux, tumeur villeuse, adénome avec cancer in situ, cancer infiltrant, affectant les tumeurs les plus minuscules sont bien le fait d'une efflorescence simultanée, unanime et non d'une dégénérescence secondaire.

Les polypes sur les pièces d'exérèse du cancer.

Abandonnant notre principal matériel d'étude, les polypes étudiés sur le vivant, isolés ou accompagnés de cancers, nous utilisons ici les pièces opératoires de résection ou d'amputations rectales pour cancer, à la recherche des polypes d'accompagnement. En somme, nous prenons le problème à rebours du précédent chapitre, partant maintenant du cancer pour étudier les polypes et ceci sur des pièces opératoires.

Cette étude a porté sur 128 pièces opératoires de malades opérés pour cancer rectosigmoïdien. Sur 19 pièces ont été trouvés des polyadénomes uniques ou multiples au nombre global de 36. Ces 19 associations représentent 14,8 p. 100 des pièces opératoires, proportion un peu inférieure à la moyenne des statistiques américaines (20 p. 100).

L'histologie de ces 36 polyadénomes se répartit ainsi : 6 polyadénomes sans dédifférenciation ; 15 (14 + 1 récidive) avec dédifférenciation ; 3 polyadénomes villeux ; 6 polyadénomes avec 1 cancer in situ ; 6 polyadénomes avec un cancer invasif.

Le potentiel malin des polypes d'accompagnement (tableau IV). — Comme dans le chapitre précédent, nous constatons que les polypes d'environnement du cancer ont une propension à la malignité bien plus grande que les polypes n'accompagnant pas un cancer : 12 cancers in situ ou invasifs (32 p. 100), qu'on doit opposer au petit nombre des polypes bénins sans dédifférenciation (16 p. 100). De plus, le polype villeux donne là encore son caractère péjoratif et, brebis galeuse, accompagne le cancer en association avec d'autres polyadénomes bénins ou non. Mais chose curieuse, une fois sur deux, le cancer n'a pas les caractères d'une tumeur villeuse dégénérée. Le polyadénome simple peut, par contre, s'associer à une tumeur villeuse dégénérée (2 cas); mais le plus souvent il est associé au cancer commun (adénocarcinome lieberkühnien) (14 cas).

La multiplicité, facteur de malignité (tableau V). — Nous avions vu, précédemment, que les polypes multiples sans association cancéreuse ne présentaient pas, du fait de leur multiplicité, une plus grande proportion

TABLEAU IV

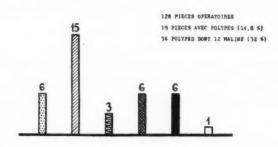


TABLEAU V

Ages	1P	2 P	3 P	≥4P
21 à 40	2			₩2/2
41à 60	# #	2 0 € €		
61à70			2 0	
71à80		2 → 2		
Pas d'âge noté				##

Tableaux IV et V. - Histologie des polyadénomes accompagnant un cancer.

d'éléments malins. Il n'en est pas de même pour les polypes multiples accompagnant un cancer. Sur 11 sujets ayant un seul polype d'accompagnement, on trouve celui-ci bénin non dédifférencié deux fois, dédifférencié 5 fois, villeux sans cancer 3 fois, sans histologie 1 fois. Sur 8 sujets qui ont plusieurs polypes d'accompagnement, 5 ont un cancer invasif, 2 ont un cancer in situ, 1 a un polype bénin non dédifférencié et un polype bénin dédifférencié.

Ces chiffres sont critiquables du fait du petit nombre des cas. Il nous paraissent cependant avoir une valeur d'orientation.

Réflexions pathogéniques.

Le problème de la dégénérescence des adénomes bénins.

Le dogme de la dégénérescence est affirmé et répété dans tous les travaux qui se succèdent depuis une trentaine d'années. Rappelons ceux de Quénu et Landel, Dukes, Schmieden et Westhues, et beaucoup plus récemment Morstel et Bargen, Rider et Kirsner, Irving F. Enquist parmi tant d'autres. Il nous paraît cependant fortement ébranlé par le faisceau d'arguments que nous avons réunis : constance des types histologiques aux divers âges, similitude histologique des récidives avec le polype initial, stabilité des polypes non enlevés, existence de polypes malins minuscules.

Nous ne sommes cependant pas seuls à soutenir ce point de vue. Dans un important travail portant sur 243 cancers du Barnes Hospital, Spratt, Ackermann et Mayer étudient l'incidence des polypes et nient le rôle de ces derniers dans l'apparition du cancer. Ils se basent sur une classification histologique précise qui manque souvent dans d'autres travaux et sur une vaste étude statistique de répartition topographique des cancers et des polypes. Dans ce but, ils ont repris l'important travail des 1.460 autopsies de Helwig pour aboutir à des conclusions analogues, contraires de celles de l'auteur.

Le passage de l'adénome malin au cancer ulcéré.

En réalité, si l'on est en droit de mettre fortement en doute le processus de dégénérescence grâce aux arguments développés plus haut, un autre problème bien plus difficile est celui du passage de l'adénome malin d'emblée (in situ ou invasif localisé) au gros cancer commun, bourgeonnant et surtout ulcéré. Nous avons vu la fréquente association d'adénomes malins, parfois minuscules, souvent nombreux, au cancer commun. Il est très vraisemblable que dans de tels cas au moins, et avec un pourcentage de fréquence totalement inconnu, le cancer commun ait son origine dans l'un de ces adénomes malins.

Mais comme l'ont bien montré Spratt, Ackermann et Mayer, on ne saisit jamais le passage (schéma 6) de cette morphologie d'adénome à la morphologie de cancer ulcéré commun.

Nous voudrions proposer une explication de ce mystère. Dans la majorité des cas, le cancer du rectum est ulcéré. Macroscopiquement, il consiste en une infiltration limitée par un bourrelet circulaire plus ou moins végétant et centré par une ulcération. A la coupe, le cancer envahit la totalité de la paroi et la détruit ; la jonction de la muqueuse saine avec le bourrelet se fait sans transition, tandis qu'au centre se produit une nécrose de cellules néoformées, aboutissant à l'ulcération.

Ce processus de nécrose est un phénomène très général en carcinologie, dû à une incomplète adaptation du stroma se développant moins vite que

la tumeur elle-même. La vascularisation devient rapidement insuffisante pour la nutrition cellulaire, d'autant plus que les cellules sont éloignées de la zone de tissu sain : il se produit au centre de la tumeur une nécrose anoxique. Cette nécrose est fréquente dans les tumeurs des organes pleins, mais l'ulcération ne peut se produire. Dans les organes creux, par contre (œsophage, estomac, côlon), la nécrose s'élimine et aboutit à une ulcération centrale.

A. Polypes benins (382) B. C. Cancer in situ et stades (42)

D. Cancer envahissant lepédicule (1) E. Cancer ulceré (0)

F. Cancer polypoide et ulceré (325)

POLYADÉNOMES ET CANCER

(emprunté à Spratt-Ackermann et Meyer).

Par ce schéma, les auteurs américains ont voulu montrer la fréquence relative des différents « états » des polypes. Le polype bénin (A) est très fréquent et le cancer (F) ulcéré ou végétant aussi. Les cancers in situ (B et C) au stade I le sont relativement aussi.

Mais ils n'ont vu qu'un cas (et encore douteux, écrivent-ils) de polype envahi jusqu'au pédicule (D). Ils nient l'existence d'un polype (E) associant une ulcération cancéreuse avec une morphologie et des plages histologiques persistantes d'adénome pur. C'est le maillon qui manque dans la chaîne reliant l'adénome au cancer commun.

Cette idée a été émise dès 1886 par Tripier qui, le premier, a suspecté le caractère néoplasique de certaines ulcérations gastriques. Depuis, Ewing puis Mallory aux U. S. A. (1940) ont confirmé ce mécanisme des ulcérations néoplasiques de l'estomac.

Dans le rectosigmoïde, le passage du polype au cancer n'aboutit pas aux formes purement végétantes, relativement rares; bien au contraire le polype malin pourrait donner une forme de cancer ulcéré classique : ayant rompu les basales, le cancer va envahir le pédicule du polype en franchissant la sous-muqueuse. Puis il s'étend très rapidement dans la sous-muqueuse au niveau de l'attache du polype et enfin à toute la paroi. A ce moment, le polype malin n'est plus suffisamment vascularisé et va se nécroser par fragments successifs (tableau VII).

TABLEAU VII



1 Cancer in situ er stade I



II le cancer envahit la sous-muqueuse du rectum



Il le cancer envahit le pédicule



le polype s'élimine par troubles vasculaires Cancer ulcèré de paroi

PASSAGE DU POLYPE MALIN AU CANCER ULCÉRÉ

Ces schémas représentent la figuration d'une hypothèse qui tente d'expliquer le passage du polype malin au cancer du rectum ulcéré. Le stade II est rare ; cependant, contrairement à Spratt-Ackermann, nous en avons

plusieurs images.

Le stade III est le plus difficile à saisir : nous suggérons dans le texte ci-contre une explication de sa rareté.

On peut observer que ces deux phases sont très rarement saisies en pathologie rectale. Mais cette phase de nécrose est, du fait de son mécanisme, très brève, tandis que le temps de latence du cancer in situ, au stade purement cellulaire, peut être très long. La période suivante de cancer avéré est également bien plus longue et plus fréquemment observée puisque c'est la période clinique du cancer avec ses signes fonctionnels et physiques. Ainsi s'expliquerait la fugacité de cette période de passage du polype malin au cancer ulcéré.

Bien des travaux antérieurs se sont approchés de cette explication de l'extension néoplasique. Notre schéma est très proche du type III des polypes dégénérés de Schmieden et Westhues. La lecture des observations de certains petits cancers de Cain appelle aussi cette hypothèse. On trouve épars dans la littérature des cas de polypes malins avec rupture spontanée du pédicule (Fraisse, Carajod et Meley).

Nous voudrions terminer par une notion pratique : lorsqu'un adénome naît, minuscule, son destin est sans doute déjà inscrit dans ses cellules : il ne sera pas malin, car il est malin ou il est bénin. Cela ne change rien au traitement car on ne peut lire cet avenir que toutes cartes en mains, nous voulons dire toute l'histologie sous les veux à pièce entière. Tout adénome doit donc être enlevé et non pas seulement biopsié.

Si l'histologie est bonne, on peut écarter le spectre du revirement de destin car le polype bénin restera bénin. Si, au contraire, l'histologie est mauvaise comme celle du cancer in situ, il n'est pas du tout certain qu'il se développe un cancer commun, mais cette éventualité ne peut être

écartée.

Où se fait la démarcation entre les bonnes et les mauvaises cartes que le destin a distribuées dès l'origine ? La ligne de partage est, en réalité, bien difficile à tracer car s'il est facile d'affirmer la bénignité d'un adénome, il est beaucoup plus délicat de dire à partir de quels caractères qualitatifs et quantitatifs — il devient suspect ou malin. Il semble que l'on doive trancher sur la proportion de la dédifférenciation qui, massive, devient très suspecte.

Mais, répétons-le encore, les cartes sont données au départ ; le jeu est bon ou mauvais, il ne se dégrade pas.

RÉFÉRENCES CITÉES

Cain (A.). — Les modes d'apparition du cancer du rectum. Etudes gastro-entérologiques, 1 vol., 1948, 1-18.

DUKES (C. E.). - Simple tumours of the large intestine and their relation to cancer.

Brit. Journ. Surg., 13, 1926, 720.

Exquist (Irving F.) et State (David). — Rectal and colonic polyps. Surgery, 32, nº 4, octobre 1952, 696-703.

EWING (J.). — The beginnings of gastric cancer. Amer. J. of Surgeon, 31, 1936,

204-205.

FRAISSE (H.), CORAJOD (E.) et MELEY (J.). - Trois cas de dégénérescence néoplasique de polypes du côlon. Arch. Mal. App. Dig., 46, nº 10, 1957, 1043-1047.

Helwig (B.). - L'évolution d'adénomes du gros intestin et leurs rapports avec le

cancer. Surg. Gyn. Obst., 84, no 1, 1947, 36-49.

Mallory (B. T.). — Carcinoma in situ of the stomach and its bearing on the histogenesis of malignant ulcers. Arch. of Pathol., 30, 1940, 348-362.

MOERTEL (Ch. G.), BARGEN (Arnold J.) et DOCKERTY (Malcolm B.). - Cancers multiples du gros intestin. Gastroenterology, 34, 1958, 85-98.

Quenu et Landel. - Des tumeurs villeuses aux épithéliomas superficiels végétants du rectum. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, nº 1, 1894.

RIDER (J. A.), KIRSNER (J. B.), MOELLER (M. C.) et PALMER (W. L.). - Amer. J. Med., 16, nº 4, 1954, 555-564.

- Schmieden et Westhufs. Zur Klinik und Pathologie der Dickdarmpolypen und deren Klinischen und pathologisch-anatomischen Beziehungen zum Dickdarm Karzinom. Deutsche Zeit. f. Chir., 202, 1927, 1-124.
- SPRATT (J. S.) Jr., ACKERMANN (L. V.) et MAYER (C. A.). Polyps of colon and colonic cancer. Ann. Surg., 148, no 4, 1958, 682-698.
- TRIPIER (R.). Des gastrorragies dans leurs rapports avec les ulcérations stomacales. Sem. Méd., 18, 1898, 241-245.

SUMMARY

Development and prognosis of recto-sigmoid polyps.

Is a recto-sigmoid adenoma a cancer in embryo? To this heartrending question, a particular case of predisposition to cancer around which quite a lot of anxiety has gathered at the present time, one can only reply by quoting the accumulated experience of cases which have been systematically followed up from both the clinical and histological point of view. In these statistics, within the somewhat modest means at our disposal for this work, that is what we have attempted to do. The rather arduous exposition of them seems to find its justification in the optimistic light thrown on the results.

L'UTILISATION DE L'HISTOPHOTOMÉTRIE DANS LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES BÉNIGNES DU RECTUM

Par MM. R. LAUMONIER et R. LAQUERRIÈRE (Rouen)

En présence d'une tumeur épithéliale du rec'um, l'anatomo-pathologiste dispose de trois réponses : lésion certainement maligne lorsqu'il s'agit d'un épithélioma : lésion de structure microscopique histologiquement bénigne lorsqu'il s'agit d'un polyadénome (avec cette réserve que le diagnostic histologique vaut pour le territoire biopsié et pour le moment de la maladie où le prélèvement a été fait) : enfin, lésion de structure microscopique « douteuse » lorsqu'il existe des signes de suspicion (dédiférenciation très étendue des cellules, hyperplasie épithéliale superficielle prépondérante, réalisant un polyadénome villeux ou une tumeur villeuse, présence de tests « atypiques » tels que l'élargissement des cellules, l'inégalité des noyaux, l'élévation de l'indice mitotique, la pluristratification des bordures épithéliales). La fréquence de ces réponses « douteuses » dans une série personnelle, récente, de 626 tumeurs rectales épithéliales est de 7,8 p. 100; cette proportion souligne les insuffisances de la morphologie.

Pour parer aux défaillances de la microscopie, il peut être intéressant de rechercher des tests plus précis de biologie cellulaire. L'étude de l'acide désoxyribonucléique (ADN) constitue l'une de ces approches. Le choix de ce corps est justifié par les raisons suivantes. La répartition intracellulaire de l'ADN, purement nucléaire, obéit à des lois précises :

a) La teneur d'un noyau au repos en ADN est proportionnelle au nombre de chromosomes de l'espèce : 2N pour les cellules somatiques, N pour les gonades.

b) La teneur d'un noyau en imminence de division est proportionnelle au nombre de chromosomes qui vont se répartir dans les deux cellules filles : 2 × 2N pour les cellules somatiques. Pour se diviser un noyau doit donc doubler son stock d'ADN.

c) Le rapport maximum entre la teneur nucléaire en ADN d'une cellule préprophasique et d'une cellule au repos est égal à $\frac{2 \times 2N}{2N} = 2$, valeur qui n'est pas dépassée dans les conditions physiologiques.

ARCH. MAL. APP. DIG. T. 50. Nº 9 bis. - Soc. Nat. Fr. Proct. (Suppl. au Nº 9, Sept. 1961).

Par ailleurs, l'ADN est mis en évidence par une réaction histochimique spécifique (Feulgen (21)) sous l'aspect d'une coloration rose dont l'intensité est proportionnelle à la quantité d'ADN intranucléaire. C'est donc un corps apte à la mesure du coefficient d'absorption de la lumière — visible ou ultraviolette — selon la méthode histophotométrique. Chaque noyau est ainsi représenté par une valeur histophotométrique égale au produit de ses dimensions par son coefficient d'absorption après coloration spécifique de Feulgen ; c'est une valeur relative établie par comparaison entre un groupe de noyaux témoins et le groupe à mesurer ; c'est une valeur proportionnelle à la teneur nucléaire pondérale vraie en ADN établie par des procédés plus complexes (spectrographie, spectrophotométrie) ; elle est donc aussi proportionnelle aux valeurs 2N, 2 × 2N et intermédiaires.

Documents et méthodes.

Nous avons rassemblé 150 tumeurs rectales pour l'étude histophotométrique. Dans la présente communication, nous utilisons 60 de ces documents en nous limitant aux lésions bénignes ou « douteuses » (hyperplasies inflammatoires, hyperplasies et polypes périnéoplasiques, polyadénomes, tumeurs villeuses).

Nous renvoyons pour la technique aux travaux de Lison (36-37), de Fautrey (13-20) et à nos publications antérieures (23-32). Nous devons insister sur les deux points suivants :

a) Il faut employer un fixateur alcoolique pour les fragments biopsiés. Les fixateurs formolés et picriqués doivent être éliminés car ils s'opposent à une réaction de Feulgen correcte.

 b) Le nombre des noyaux mesurés doit être assez élevé pour permettre une correction statistique.

Les résultats sont donnés sous la forme d'histogrammes : chacun de ces diagrammes comporte en abscisses les valeurs histophotométriques (logarithmiques) obtenues dans la série de noyaux mesurés, et en ordonnées le nombre de noyaux correspondant à chaque valeur histophotométrique. Le diagramme obtenu a la forme d'une pyramide : celle-ci s'inscrit dans une courbe mathématique et son sommet coïncide en général avec la valeur histophotométrique moyenne de l'ensemble des noyaux mesurés, c'està-dire que pour un tissu « témoin », au « repos », cette moyenne est proportionnelle à 2N. Cette valeur de référence peut être obtenue au niveau de différents tissus : le corps muqueux de Malpighi, épidermique, est un bon « témoin » ; mais pour éviter de pratiquer une biopsie cutanée, on peut s'adresser au chorion conjonctif de la zone rectale à étudier ; en effet, les cellules du chorion, à l'exception des lymphocytes inflammatoires, ont une grande fixité de leur teneur en ADN. Finalement l'étude de chaque cas comporte deux tracés : l'un pour le chorion conjonctif témoin, l'autre pour le tissu épithélial à étudier.

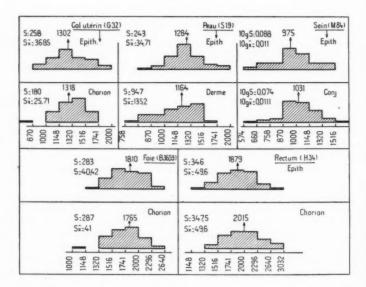
Résultats.

Les histogrammes qui figurent dans les tableaux suivants n'ont pas été choisis avec complaisance pour leur tracé démonstratif ; ils représentent le courant des réponses obtenues dans les catégories suivantes :

1º Histogrammes normaux.

Pour marquer la valeur générale de l'histophotométrie dans l'étude des tissus, nous avons réuni dans le tableau I des diagrammes se rapportant à des organes très divers. Il faut retenir l'identité des pyramides dans ces



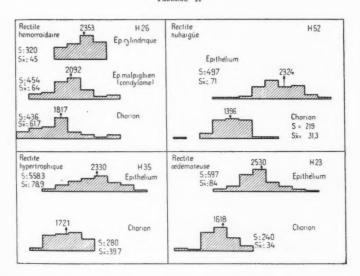


différentes localisations, l'égalité des valeurs moyennes de chaque cas (le rapport entre les moyennes épithéliales et conjonctives étant voisin de 1). Notons qu'en ce qui concerne le foie une deuxième colonne de valeur moyenne double de la première peut se situer à droite de celle-ci, dans l'histogramme épithélial, par suite d'un phénomène d'endoploïdie physiologique. Ce phénomène ne se produit pas dans la muqueuse rectale, ce qui simplifie l'étude histophotométrique.

2º Rectites.

Le tableau II montre que dans les inflammations rectales il se produit un stockage de l'ADN dans les noyaux épithéliaux ; mais cette élévation reste dans les limites physiologiques : la valeur moyenne du diagramme

TABLEAU II



épithélial est toujours inférieure au double de la valeur moyenne du chorion. Ceci montre que pour l'étude histophotométrique d'une tumeur rectale, il ne faut pas prendre l'épithélium non tumoral comme valeur de référence, puisqu'une simple rectite œdémateuse peut modifier la charge épithéliale et qu'une réaction inflammatoire est fréquente autour des polypes et des cancers rectaux. Le diagramme H 26 de ce tableau indique aussi que l'aptitude au stockage d'ADN est plus grande dans l'épithélium cylindrique rectal que dans l'épithélium malpighien anal pourtant étudié au niveau d'un condylome hémorroïdaire. Ce fait souligne la fixité du tissu malpighien indiquée plus haut.

3° Épithéliomas.

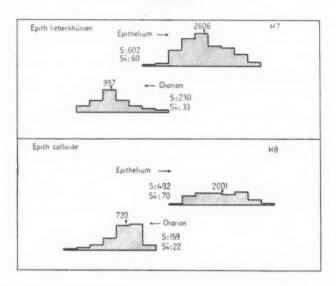
Le tableau III contient deux diagrammes d'épithéliomas (on remarquera que l'échelle est la même que pour les tableaux I et II, ce qui souligne le grand étalement des histogrammes néoplasiques). Ces deux tracés

sont identiques malgré les différences de structure microscopique : épithélioma lieberkühnien et épithélioma colloïde ; ils sont semblables à ceux de tous les épithéliomas rectaux étudiés et dont les caractéristiques ont été décrites ailleurs. Dans tous les cas, la pyramide des valeurs est très

c

d

TABLEAU III



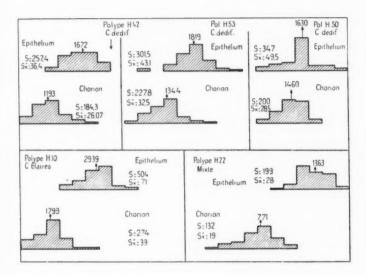
etalée et la valeur moyenne des noyaux épithéliaux dépasse les limites du stockage physiologique : elle est supérieure au double de la valeur de référence, dépassant donc la valeur proportionnelle à 2 × 2N. Mentionnons que dans certains diagrammes d'épithéliomas (comme dans H 8), la pyramide est non seulement étalée, mais qu'elle se scinde en plusieurs sommets correspondant sans doute aux différentes « familles » cellulaires néoplasiques définies par Casperson (9).

4º Polyadénomes.

Le tableau IV contient des exemples de polyadénomes : les uns entièrement muco-sécrétants (H 10), les autres dédifférenciés à cellules basophiles (H 42, H 53, H 50), les derniers du type mixte (H 22). Dans toutes ces tumeurs, les histogrammes dessinent des pyramides nettes et étroites ; l'élévation du stock d'ADN épithélial est nette, mais elle reste dans les limites physiologiques, la moyenne des valeurs épithéliales étant toujours inférieure à la valeur 3 × 2N.

Il n'y a pas de relation entre l'histogramme et la variété cellulaire (mucosécrétante ou dédifférenciée), et cette constatation peut s'ajouter aux critiques de Lambling (22), Tonnesen (40), A. Bensaude (3) sur la valeur de la classification de Schmieden et Werthues (39).

TABLEAU IV



5° Polyadénomes villeux.

Ils sont représentés par quelques exemples dans les tableaux V, VI et VII ; tous ces cas ont des caractères macroscopiques et histologiques identiques, c'est-à-dire qu'ils ne comportent pas de tests morphologiques de malignité.

Or, l'histophotométrie montre de grandes différences dans leur comportement biologique: dans le tableau V figurent trois aspects d'histogrammes de même structure histologique. Le premier (H 71) est superposable aux histogrammes des polyadénomes. Le troisième (H 75) est de type « malin », superposable aux histogrammes des épithéliomas, avec un net étirement vers la droite. Le deuxième (H 77) est caractérisé par deux sommets, sa valeur moyenne reste inférieure au double de la valeur témoin; mais une analyse plus serrée montre que le sommet de droite correspond à une

TABLEAU V

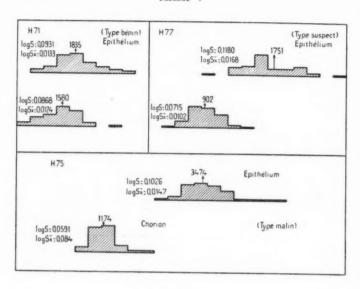
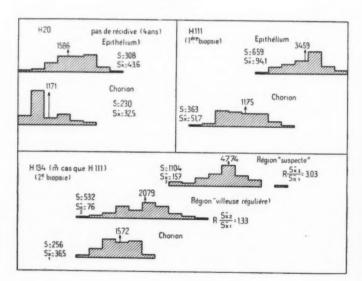


TABLEAU VI



U

1

u 11

a

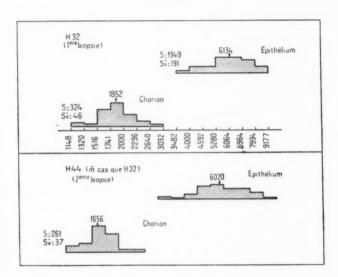
é

tı

p A deuxième catégorie de noyaux de valeur supraphysiologique, de type

Les tableaux VI et VII se rapportent à des cas pour lesquels une étude histologique systématique des pièces opératoires et une évolution prolongée ont permis de jauger l'intérêt des renseignements histophotométriques. La tumeur villeuse (H 20) située sur le rectum mesurait 8 à 10 cm de diamètre ; l'histophotométrie de la biopsie est de type « bénin » ou polyadénomateuse. Une résection avec conservation du sphincter a été faite en 1957. Quatre ans plus tard le rectum est normal.

TABLEAU VII



Les diagrammes H 111 et H 134 se rapportent à un même cas ; la première biopsie (H 111) montre une structure villeuse sans atypies, mais l'histogramme est de type « malin », le malade est mis en observation et une deuxième biopsie est faite deux mois plus tard (H 134). Elle montre une structure identique mais avec quelques îlots de pluristratification avec anisocaryose ; une large exérèse de la lésion permet de déceler des foyers épithéliomateux évidents, en plusieurs endroits.

Le tableau VII se rapporte à un cas identique : deux biopsies d'une tumeur villeuse régulière donnent des histogrammes « malins ». L'exérèse permet d'identifier des îlots certainement épithéliomateux.

Commentaires.

1 1

ľ

Deux conditions sont nécessaires pour l'application pratique d'un procédé biologique : cette méthode doit être simple et précise.

L'histophotométrie est-elle une méthode simple ? — La durée des manifestations constitue des éléments d'évaluation :

La mesure histophotométrique comprend les étapes suivantes :

- mesure du coefficient d'absorption et décalque des surfaces : 1 heure,

- mesure des surfaces nucléaires : 1 heure,

 calcul des valeurs histophotométriques (construction de l'histogramme et corrections statistiques): 1 heure.

Les délais de la réponse dépendent de la méthode de préparation et d'inclusion des biopsies : passage à la main, ou à la machine (autotechnicon), ou à la dessiccation-congélation. Dans ces deux derniers cas, le résultat peut être donné du jour au lendemain. Si la technique d'inclusion comporte l'emploi d'un appareil automatique (autotechnicon), il est essentiel que celui-ci soit consacré aux fragments biopsiques pour histophotométrie, en milieu alcoolique : en effet, en mettant dans les mêmes bains des pièces formolées ou picriquées, on diminue la qualité de la réaction de Feulgen. En somme, la réponse peut être donnée entre 24 heures et 5 jours.

La qualité de l'opérateur doit être précisée :

Toutes les manipulations (inclusions, coupe et colorations) sont faites par une laborantine ; celle-ci peut effectuer également le calcul planimétrique des surfaces et le calcul des valeurs histophotométriques.

La mesure du coefficient d'absorption doit être faite par un anatomopathologiste entraîné à l'histophotométrie, pour identifier avec précision les différents types cellulaires à étudier et pour éviter certains artefacts (noyaux coupés, superpositions nucléaires...).

Dans ces conditions, la pratique de cette méthode n'est pas une entrave pour l'activité d'un laboratoire d'anatomie pathologique générale.

L'histophotométrie est-elle une méthode efficace et sûre ? — Dans les limites de cet exposé, nous devons répondre à deux questions :

- Cette méthode permet-elle, à coup sûr, de différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes quels que soient les caractères microscopiques ?
- Cette méthode permet-elle de déceler l'aptitude à la malignité des polyadénomes rectaux et des tumeurs villeuses ?

Valeur pour le diagnostic différentiel entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. — Comme tout procédé d'étude des tumeurs, cette

méthode doit être jugée sur deux critères, l'absence de « faux positifs » dans les tumeurs bénignes et l'absence de « faux négatifs » dans les tumeurs malignes ? Nous envisagerons ces deux aspects en fonction non seulement des tumeurs rectales mais de l'ensemble des 300 tumeurs de toute provenance, actuellement étudiées.

Dans le groupe des tumeurs bénignes, la mesure des polyadénomes, adénomes, papillomes, etc... nous a toujours montré des histogrammes de valeur moyenne inférieure au maximum physiologique 2 x 2N. De plus, chaque fois qu'en présence d'une structure douteuse ou suspecte, l'histopholométrie a donné un diagramme de type bénin, nous avons pu vérifier soit qu'il s'agissait bien de maladies pseudo-néoplasiques (kérato-acanthomes cutanés), soit que l'évolution à distance était de type bénin.

Dans les tumeurs malignes, la mesure de l'ADN nous montre constamment des diagrammes déviés et étalés dont la valeur moyenne excède les limites du stockage physiologique. De plus, chaque fois qu'une tumeur morphologiquement suspecte, mais sans certitude de malignité, a donné un histogramme malin nous avons pu vérifier soit par une nouvelle biopsie, soit à l'occasion d'une récidive qu'il s'agissait bien d'un néoplasme.

Il est nécessaire de mentionner un aspect particulier du stockage de l'ADN, dans certains tissus, bien que le rectum ne comporte pas un tel phénomène. Il s'agit de l'endoploïdie physiologique observée dans le foie, le pancréas, les cellules de Sertoli testiculaires et les lymphocytes : ces tissus peuvent contenir des cellules qui, au repos, ont des valeurs nucléaires en ADN proportionnelles à 4N, 8N..., c'est-à-dire dans des proportions définies par rapport à la valeur 2N de préférence et non sans proportion précise comme dans le cancer. Nous avons pu vérifier que ce phénomène s'accentue, par exemple, dans certaines hépatites. Mais il ne se produit pas au niveau du rectum où toute élévation supraphysiologique doit être tenue pour maligne si les conditions de mesure sont correctes.

Valeur pour l'évaluation de l'aptitude à la malignité d'une tumeur bénigne. — Dans l'état actuel de nos recherches, rien ne nous autorise à discerner, parmi les diagrammes des tumeurs bénignes, des courbes particulières susceptibles de faire craindre une évolution néoplasique.

Conclusion.

La méthode histophotométrique montre des différences précises entre la charge en ADN des tumeurs bénignes et celle des tumeurs malignes. Elle permet de discerner dans des tumeurs villeuses, identiques au microscope, des types tantôt superposables aux polyadénomes, tantôt superposables aux épithéliomas.

L'histophotométrie semble donc mériter de prendre place dans les procédés d'étude des tumeurs rectales d'interprétation difficile comme un élément supplémentaire de discrimination.

RÉSUMÉ

La méthode histophotométrique montre des différences précises entre la charge en ADN des tumeurs bénignes et celle des tumeurs malignes. Elle permet de discerner dans des tumeurs villeuses, identiques au microscope, des types, tantôt superposables aux polyadénomes, tantôt superposables aux épithéliomas.

L'histophotométrie semble donc mériter de prendre place dans les procédés d'étude des tumeurs rectales d'interprétation difficile comme un élément supplémentaire de discrimination.

> (Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'École de Médecine et du Centre Hospitalier de Rouen (R. LAUMONIER)).

2

BIBLIOGRAPHIE

- 1. ALFERT (M.) et SWIFT (H.). Nuclear D. N. A. constancy; a critical evaluation of some exceptions reported by Lison and Pasteels. Exp. Cell Research, 5, 1953, 455-460.
- 2. Daders (S.). Distribution of desoxyribonucleic acid in tumor nuclei. Proc. Soc. Exp. Biol., 82, nº 2, 1953, 312-314.
- 3. Bensaude (A.). L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum, 133 p., 47 fig., Masson et Cie, édit., Paris, 1937.
- BOIVIN (A.), VENDRELY (R.) et VENDRELY (C.). L'acide désoxyribonucléique du noyau cellulaire, dépositaire des caractères héréditaires ; arguments d'ordre analytique. C. R. Acad. Sc., 226, 1948, 1061-1063.
- 5. Brachet (J.). La détection histochimique des acides pentosénucléiques, C. R. Soc. Biol., 133, 1940, 88-89.
- 6. Brachet (J.). Le rôle des acides nucléiques dans la vie de la cellule et de l'embryon. Actualités biochimiques, Desoer, Liège, 1952.
- 7. Brachet (J.). Embryologie chimique, Masson et Cie, édit., Paris ; Desoer, Liège,
- 8. Casperson (T.). Studien über des Eiweiszumsatz der Zelle. Naturwiss, 29, 1941, 33-43.
- 9. Casperson (T.). Cell growth and cell function, N. W. Norton, édit., New York, 1950.
- 10. CHERGAFF (E.) et DAVIDSON (J. N.). The nucleic acids. New York Acad. Press, n°s 1-2, 1955. 11. Совиц (L.) et Stahl (Л.). — Essai d'interprétation histochimique de la radio-
- sensibilité des tissus normaux et néoplasiques. Rôle des acides nucléiques. La Presse Médicale, 59, 1951, 933-935.
- 12. DASKALIDES (J.). La teneur en acide désoxyribonucléique des noyaux des divers organes du cobaye. C. R. Soc. Biol., 40, nº 5, 1956.
- 13. FAUTREZ, CAVALLI (G.) et PISI (E.). Variation in the amounts of deoxyribonucleic acid in the cell nuclei and its correlation with mitotic activity: compensatory hypertrophy of the kidney. Nature, 175, 1955, 684.
- 14. FAUTREZ (J.) et FAUTREZ-FIRLEFYN (N.). Deoxyribonucleic acid content of cell
- nucleus and mitosis. Nature, 172, 1953, 119.

 15. FAUTREZ (J.) ct Roels (H.). Mitose et synthèse d'acide désoxyribonucléique. Le cas des mitoses provoquées dans le tube contourné du rein par l'hydronéphrose unilatérale. Arch. Biol., 64, 1954, 459-496.

- 16. FAUTREZ (J.) et MOERMAN (J.). La teneur en acide désoxyribonucléique des noyaux des cellules hépatiques chez lebistes reticulatus. C. R. Ass. Anat., 40, 1953, 554-557.
- 17. FAUTREZ (J.), PISI (E.) et CAVALLI (G.). Activité mitotique provoquée par la thiourée et teneur en acide désoxyribonucléique de la cellule hépatique. Exp. Cell Research, 9, 1955, 189-192.
- FAUTREZ (J.). Correction between desoxyribonucleic acide content and volume of individual nuclei in different tissues of the rat. Nature, 178, 1956, 548-549.
- IG. FAUTREZ (J.), PISI (E.) et CAVALLI (G.). Deoxyribonucleic acid content of the nucleus and nuclear volume. Nature, 176, 1955, 311.
- 20. FAUTREZ (J.) et LAQUERRIÈRE (R.). Teneur en acide désoxyribonucléique et volume des noyaux des cellules hépatiques chez i'homme. Exp. Cell Research, 13, 1957, 403-405.
- 21. FEULGEN (R.) et ROSSENBECK (H.). Z. Phys. Chem., 135, 1924, 203-248.
- 22. LAMBLING (A.). Les tumeurs villeuses du rectum. Thèse Paris, 1928, 119 p. Masson et Cie, édit.
- 23. LAUMONIER (R.) et LAQUERRIÈRE (R.). Les variations de l'acide désoxyribonucléique en pathologie hépatique (essais d'étude histophotométrique). Rev. Int. Hépat., 10, nº 5, 1960, 819-836.
- LAQUERRIÈRE (R.). Deoxyribonucleic acid content of the nucleus of liver cells
 after hepatectomy. Nature, 180, 1957, 1199-1200.
 LAQUERRIÈRE (R.). Synthèse d'acide désoxyribonucléique et mitose au niveau
- 25. LAQUERRIÈRE (R.). Synthèse d'acide désoxyribonucléique et mitose au niveau des glandes de Lieberkühn dans l'intestin de rat. Bull. Acad. Roy. de Belgique (Sciences), 3 mai 1958, 503-506.
- 26. LAQUERRIÈRE (R.). Les modifications de la teneur en acide désoxyribonucléique des noyaux des cellules hépatiques du cobaye, après hépatectomie partielle. C. R. Soc. Biol., 151, nº 6, 1957, 1272-1274.
- 27. LAQUERRIÈRE (R.) et LAUMONIER (R.). Les variations du taux de l'acide désoxyribonucléique dans le foie de la souris après hépatectomie partielle. Pathologie et Biologie, 1958.
- LAQUERRIÈRE (R.) et LAUMONIER (R.). Histophotométrie et pronostic des tumeurs rectales. Arch. Mal. App. Dig., 48, nº 4, 1959, 291-307.
- 29. LAQUERRIÈRE (R.). Les variations de la teneur en acide désoxyribonucléique et du volume nucléaire de la cellule hépatique après hépatectomie partielle chez le cobaye et la souris (à paraître).
- LAQUERRIÈRE (R.). Contribution à l'étude de l'acide désoxyribonucléique dans les tumeurs primitives du rectum (procédé histophotométrique). Thèse Paris, 1958, 52 p.
- 31. Laquernière (R.) et Laumonier. Variations de l'acide désoxyribonucléique (A. D. N.) dans le foie du rat albinos après injection de sérum de rats hépatectomisés (note préliminaire). Soc. Biol., séance du 13 février 1960.
- 32. LAQUERRIÈRE (R.). Moyenne arithmétique et moyenne logarithmique en histophotométrie. Revue française d'Études cliniques et biologiques (à paraître, mémoire déposé).
- Leuchtenberger (C.), Leuchtenberger (R.) et Davis (A.). Étude microspectrophotométrique du D. N. A. dans les tissus humains normaux et cancéreux. Am. J. of Path., 30, nº 1, 1954, 65-85.
- 34. Leuchtenberger (C.), Leuchtenberger (R.) et Lieb (E.). Étude des inclusions cytoplasmiques contenant du D. N. A. dans les polypes rectaux humains y compris le type familial héréditaire. Acta Genetica Statis. Med., 6, 1956, 291-297.
- 35. Lecthersberger (C.). Les corps d'inclusion cytoplasmique contenant du D. N. A. dans les cellules des polypes rectaux humains. Labor. Investigation, 3, nº 2, 1954, 132-142.
- 36. Lisov (L.). Etude et réalisation d'un photomètre à usage histologique. Acta Anat., 10, 1050, 333-347.
- 37. Lison (L.). Histochimie et cytochimie animales, 2º édit., 1953. Gauthier-Villars, édit.
- Stich (H. F.) et Emson (H. E.). Aneuploid deoxyribonucleic acid content of human carcinomas. Nature. 184, no 4, 25 juillet 1959, 682.

39. Schmieden et Westhues. - Zur Klinik und Pathologie der Dickdarmpolypen und deren klinischen und pathologisch anatomichen Beziehung zum Dickdarmkarcinom. Deutsche Zeit. f. Chir., 202, nº 1, 1927, 124.
40. Tonnessen (H.). — Polyposis gastro-intestinalis, 1931. A. Busck, édit., Copenhague.

DISCUSSION

M. MORTIER. - La teneur en A. D. N. est-elle modifiée dans les tissus muqueux environnants? Si oui, jusqu'à quelle distance?

M. CATTAN. - Est-ce que l'histophotométrie met en évidence des différences entre les polyadénomes de la polypose diffuse et les polypes bénins?

Mme Françoise Hagueneau. — M. Laumonier a-t-il eu l'occasion d'observer au cours de ses examens des inclusions Feulgen positives dans le cytoplasme des cellules épithéliales telles qu'elles ont été décrites par Cécilie Leuchtenberger et qu'elle considère comme un argument en faveur de l'étiologie virale de certaines de ces tumeurs?

M. LAUMONIER à M. Cattan. - Les quatre pièces de polypose colique familiale que j'ai eu l'occasion d'étudier étaient malheureusement fixées par le formol, ce qui interdit la mesure histophotométrique. Par contre, j'ai pu faire l'analyse histophotométrique de deux polyposes de l'intestin grêle, chez les membres d'une famille atteinte du syndrome de Peutz-Jeghers, les tracés étaient de type bénin.

A M. Mortier. — A la périphérie des polyadénomes il n'y a pas d'élévation importante de la teneur en A. D. N. Par contre, on note, autour des épithéliomas, une élévation du stock d'A. D. N. dans les limites physiologiques. La signification de ce stockage mérite discussion. Il faut en effet tenir compte de la fréquence des rectites péritumorales et des modifications nucléaires épithéliales au cours des inflammations en dehors de toute prolifération néoplasique.

A Mme Hagueneau. — Cette question est très importante pour deux raisons : raison théorique, car c'est le problème de l'étiologie virale des polypes rectaux, et raison pratique, car la présence du virus dans les cellules polypeuses parrait être une cause d'erreur histophotométrique. Il faut se souvenir en effet que les virus contiennent une importante fraction d'A. D. N.; la mesure des cellules contaminées risquerait donc de donner une idée inexacte de la teneur réelle du noyau en A. D. N.

Or, dans les conditions d'étude qui sont celles de l'histophotométrie, je n'ai jamais observé d'inclusions virales caractéristiques. Et même si celles-ci existaient, il est peu probable que la réponse histophotométrique en soit bouleversée : certaines lésions cutanées bénignes, d'origine certainement virale, ont une

silhouette histophotométrique, de type bénin.

SUMMARY

The use of histophotometry in benign epithelial tumours of the rectum.

The histophotometric method reveals precise differences between the ADN content of benign tumours and that of malignant ones. Villous tumours, identical under the microscope, are by this means found to belong to types sometimes similar to polyadenomas and sometimes to epitheliomas.

Histophotometry therefore seems to deserve a place in the methods employed in the study of difficult cases of rectal tumour where it should provide an additional means of differentiation.

TRAITEMENT DES POLYPES RECTAUX ET RECTOSIGMOÏDES

Par MM. A. POIRIER et CL. HOUDARD

Deux disciplines se parlageant le traitement de ces lésions, ce rapport sera scindé en deux parties :

- Le traitement proctologique, par Albert Poirier;
- Le traitement chirurgical, par Claude HOUDARD.

ŝ

e

n s, n ce

es les

ig.

ne

he

to

ods

it

I. — TRAITEMENT PAR LES MÉTHODES PROCTOLOGIQUES

Par M. Albert Poirier.

Notre contribution se limitera à rapporter ce que nous avons l'habitude de faire, comment nous procédons et quels sont nos indications et résultats.

Ce que nous appelons le mode opératoire proctologique, c'est celui qui permet par voie endoscopique d'aborder les tumeurs qui sont en question, et de les détruire par un procédé relativement simple : l'électro-destruction.

Ceci signific qu'il s'agit en principe d'un traitement ambulatoire qui ne requiert ni anesthésie générale, ni hospitalisation. La technique en est bien connue depuis les travaux de Bensaude et son école en particulier, ceux de Lambling, Hillemand, Marchand, A. Bensaude, Arnous, Soullard.

Quels sont les points sur lesquels nous croyons devoir insister :

Préparation.

Il est important de travailler sur un intestin absolument propre. Nous donnons la veille, purgation et lavement, et maintenons les malades à la diète liquide.

ARCH. MAL. APP. DIG. T. 50. Nº 9 bis. _ Soc. Nat. Fr. Proct. (SUPPL. AU Nº 9, SEPT. 1961).

Instrumentation.

Il est capital d'avoir une vue adéquate des lésions et pour cela d'utiliser des endoscopes de diamètre confortable de 30 mm. Tout aussi important d'avoir un jeu de longueurs permettant d'ajuster au plus près le tube au siège de la lésion.

Bien plus, nous n'hésitons pas à élargir l'endoscopie jusqu'à la dilatation anale toutes les fois que la tumeur à traiter nécessite des manœuvres plus difficiles. Pour nous, elle reste dans le cadre de la proctologie après simple anesthésie loco-régionale du sphincter et prémédication. Nous utilisons soit le dilatateur de Cain, soit le Trélat, l'un et l'autre modifiés quant à la longueur de leurs valves.

Électrodestruction.

Il règne ici un certain disparate dans le vocabulaire et dans les faits.

Nous entendons par électrodestruction exclusivement la coagulation par contact de la tumeur avec une électrode active. Nous utilisons un appareil à éclateurs à réglage très progressif et nous assurons une large électrode dorsale indifférente.

L'électrode active est toujours une boule montée sur des tiges coudées et isolées de longueur choisie suivant hauteur du travail à effectuer. Nous coagulons à la boule, en application locale précise, faisant passer le courant au contact, évitant tout étincelage, réglant la puissance de façon à obtenir une escarre blanche au point d'application qui apparaît sans carbonisation en 2 à 3 secondes à peu près.

La coagulation doit porter sur des tissus aussi propres que possible. Une aide entraînée doit donc assurer le renouvellement incessant de cotons

destinés à éponger le sang :

- si la tumeur est sessile, pas de difficulté ;

si la tumeur est pédiculée, nous attaquons à la jonction du pédicule, où nous coagulons le corps de proche en proche jusqu'à destruction complète.

Nous excluons tous les autres procédés :

- les étincelages et les fulgurations employés par les Américains ;

- les sections ou rabotages sur anses coupantes.

Les premiers parce que carbonisants en surface et peu destructeurs, de plus hautement générateurs de dangers d'explosion.

Les secondes parce que souvent difficiles à placer correctement, occasion d'hémorragies immédiates, rares il est vrai, mais difficiles à contrôler quand elles se présentent.

Au surplus et surtout, aucun de ces procédés ne donne de garantie sur la destruction complète, large et profonde du point d'implantation de la tumeur.

Nous revoyons la cicatrice un mois après.

Incidents et accidents.

La dilatation. — Elle ne nous a jamais donné aucun ennui, il suffit de manœuvrer avec douceur.

Les hémorragies. — Risque négligeable en cours d'intervention si on ne coupe rien qui ne soit bien coagulé auparavant. Par contre, il est bon d'aviser les patients du risque d'hémorragie secondaire à la chute de l'escarre, particulièrement dans les tumeurs sessiles et de dimension un peu importante.

Les explosions. — Très redoutées en France, les Américains semblent très peu s'en soucier. A la suite des communications de Lambling et Truffert, Moutier, nos collègues Arnous et Soullard ont mis au point un dispositif d'insufflation d'azote qui est une sécurité certaine. Personnellement, nous ne l'utilisons pas et nous n'avons jamais eu d'incident sur un nombre considérable de traitements par électrodestruction.

Les perforations. — Dans l'adénome simple rectal, ce risque est très peu probable et il faudrait avoir la main bien lourde pour le provoquer. Par contre, dans le cas de tumeur haute, mal contrôlable, il est fort possible, et nous en avons eu un cas.

Dans ces conditions de techniques, nous avons colligé un certain nombre d'observations de tumeurs polypoïdes du rectosigmoïde réparties sur une période de 12 ans.

Mais nous devons dire que nous nous sommes trouvés très gênés par la limitation même du sujet. En effet, nous avons vite constaté qu'il fallait ou bien se borner aux adénomes purs et simples, et, sur cette question, nous n'avons pas grand chose à dire, ou bien accepter délibérément de faire figurer dans notre rapport un certain nombre de cas ambigus, et nécessairement sortir quelque peu du sujet. C'est ce parti que nous avons choisi estimant que les solutions que nous avons adoptées, discutables d'un point de vue classique, mais confirmées par des résultats dans leur ensemble satisfaisants, pouvaient présenter un intérêt dans le débat qui nous occupe.

Répartition.

Les 148 observations que nous avons colligées peuvent être rangées en deux groupes :

Les tumeurs rectales pures (138). — Elles-mêmes se répartissent sous trois rubriques définies a posteriori par les résultats histologiques. La plu-

part des tumeurs ont été examinées histologiquement par le P^r Payard, de Poitiers, quelques-unes par les P^{rs} Delarue et Duperrat. Nous leur adressons nos plus vifs remerciements.

Les adénomes vrais isolés (112) : enfant : 35 cas ; adulte : 77 cas.

Les polypoïdes ou faux adénomes : 20 adénomes villeux, polypes dégénérés, ou épithéliomas à forme polypoïde ;

tumeurs villeuses : 11 dont 3 métaplasiés ; épithéliomas : q.

Les adénomes associés à une tumeur villeuse ou un épithélioma 6 : tumeur villeuse : 1 ; épithéliomas : 5.

Les tumeurs à double localisation (10). — Nous avons rencontré 10 fois des tumeurs à double localisation, rectale et sigmoïdienne :

- 5 fois : adénome rectal + épithélioma sigmoïdien ;

3 fois : tumeur villeuse rectale + adénome sigmoïdien;
 1 fois : épithélioma rectal + adénome sigmoïdien;

- 1 fois : adénome rectal + tumeur villeuse sigmoïdienne.

Le disparate de cette répartition montre assez la difficulté où nous nous sommes trouvés pour schématiser d'une façon rigoureuse les indications en fonction de l'histologie.

Il est bien évident que c'est ici que s'ouvre le vrai débat. Classiquement, chaque type histologique implique une indication précise. Mais cette notion théorique, qui déjà pour l'histologiste s'avère parfois délicate, est encore plus délicate pour le proctologue dans sa pratique. Il peut garder un doute sur la valeur de son prélèvement, doute qui joue dans les deux sens, si la coupe n'intéresse que la surface de la tumeur. On écrit qu'il faut examiner la totalité de cette dernière, c'est parfois facile, mais aussi souvent impossible sans coagulation préalable, ce qui enlève précisément la chance d'une histologie correcte.

Dans les cas où une réponse défavorable arrive après coup, une fois le geste thérapeutique accompli, quelle décision prendre ?

Faut-il continuer le traitement proctologique commencé et parfois achevé dès ce premier geste ?

Faut-il au contraire changer d'indication et proposer une intervention plus lourde et qui peut aller dans certains cas jusqu'à l'amputation, et souvent pour une lésion très petite?

Nous croyons qu'il est très difficile de donner une réponse précise.

Pratiquement voici ce que nous avons fait. — Nous avons essayé de traiter de façon proctologique tout ce qui était facilement et totalement accessible dans de bonnes conditions, ce qui met l'accent sur les deux critères importants en pareille décision : l'extension, le siège.

Tout le reste, nous l'avons confié au chirurgien.

Résultats.

Nous allons présenter ces résultats en groupant les observations d'après la nature de la tumeur, sans tenir compte ni de la localisation, ni des associations.

Les adénomes vrais.

1° Chez l'enfant. — Nous n'avons eu que des guérisons. Nous ne les avons pas tous revus, mais les parents ont répondu à notre questionnaire pour la presque totalité, sauf 8.

Les âges s'étageaient de 3 à 15 ans. Pratiquement, nous n'intervenons jamais avant. Il est difficile de rectoscoper, a fortiori de pratiquer une intervention qui demande un peu de temps et de précision chez un trop jeune enfant qui s'agite, pousse, crie. Il blesse sa muqueuse, saigne et à part quelques cas très exceptionnels de procidence heureuse, on ne peut rien faire.

L'anesthésie générale ne nous paraît guère une solution. Le décubitus dorsal auquel elle astreint n'améliore pas la visibilité, ni ne facilite la progression d'un tube qui devient alors dangereux.

Pour ces raisons nous avons préféré toutes les fois que l'enfant n'était pas assez âgé, rassuré, familiarisé, remettre l'intervention.

D'autant plus que l'adénome peut ici guérir sans traitement :

- soit qu'il disparaisse spontanément ;

- soit qu'il s'élimine par rupture du pédicule.

Enfin, on ne connaît pas chez lui de dégénérescence maligne.

Dans 6 cas, il s'agissait d'adénomes multiples : 3 dans 2 cas, 2 dans les 4 autres cas.

Dans 3 cas, nous n'avons fait que régulariser une évacuation spontanée en coagulant un pédicule rompu.

Les reculs dont le détail nous semble sans grand intérêt s'étagent sur toute la période d'observation de 12 ans.

- 2° Chez l'adulte. Les résultats sont plus difficiles à apprécier. Nous n'avons pu faire état que d'une cinquantaine d'observations :
 - 8 fois il s'agissait de tumeurs doubles situées à différents niveaux ;
 - 3 fois il s'agissait de 3 tumeurs :
- Nous avons eu deux récidives certaines, vérifiées et recoagulées, dont une à deux reprises et à 3 ans d'intervalle.
- Enfin deux échecs sur des tumeurs pédiculées perçues à 18 cm, mais à pédicule inséré plus haut, chez des sujets obèses et difficiles et qui ont été confiés au chirurgien pour polypectomie par voie abdominale.

Nous devons avouer que nous n'avons pas biopsié systématiquement tous nos adénomes. Nous le regrettons maintenant en face de ce rapport.

Finalement, nous n'avons pas eu de gros problèmes à résoudre, sinon :

- pour l'enfant, des difficultés d'âge ou de docilité ;

 pour l'adulte, des difficultés en raison du siège. Une localisation très haute à partir de 20 cm et plus ne permettant qu'exceptionnellement des manœuvres faciles et sans danger.

Les polypes villeux.

Nous avons choisi 16 lésions villeuses, parmi 44 que nous avons traitées, parce qu'il s'agissait de tumeurs pédiculées, modérées dans leur taille, et dont l'histologie a montré qu'il s'agissait de polypes villeux.

L'électrodestruction seule nous a donné des résultats satisfaisants, même quand l'histologie montrait une métaplasie nette (3 cas). 14 cas traités par E. D. seule : 14 guérisons : 3 de 10 ans et plus, — 6 de 5 à 10 ans, — 2 de 3 à 5 ans, 3 de moins de 3 ans.

Parmi ces 14 malades, 3 sont décédés d'affection sans rapport avec la lésion traitée.

Un malade guéri par électrodestruction seule d'un polype villeux rectal pendant 12 ans est venu nous proposer une seconde localisation, accompagnée d'un adénome à près de 20 cm. L'électrodestruction s'est accompagnée de fissuration au 2^e jour. Une intervention a pu heureusement le guérir.

Deux cas ont nécessité l'association procto-chirurgicale.

Après coagulation d'un adénome rectal, il a fallu recourir au chirurgien pour enlever une localisation sigmoïdienne :

- Dans les polypes villeux, c'est donc surtout la localisation qui nous sert de critère pour l'indication du traitement ;
 - Basse, elle peut répondre au traitement proctologique ;
 - Sigmoïdienne, de toute évidence, au traitement chirurgical ;
- Dans la zone intermédiaire, c'est question de facilité, mais le danger, comme pour l'adénome et plus encore que pour l'adénome, s'accroît avec les centimètres et naturellement avec les dimensions. L'accident que nous avons temporairement provoqué le prouve.

Les tumeurs polypoïdes malignes.

Parmi 39 épithéliomas que nous avons traités nous avons sélectionné 20 observations de tumeurs malignes polypoïdes qui sont des adénomes dégénérés, parvenus au stade invasif ou des épithéliomas d'emblée, pédiculés, qui posent les problèmes les plus intéressants.

L'électrodestruction seule nous a donné 10 bons résultats : 4 avec un recul de plus de 10 ans, — 2 entre 5 et 10 ans, — 1 de moins de 2 ans, — 3 sujets sont décédés d'affection intercurrente sans récidive, après 2 ans.

Six cas ont nécessité l'association procto-chirurgicale : 1 cas a été coagulé d'abord pour un gros polypoïde entre 15 et 18 cm, et réséqué 3 mois après à cause de la sténose. Recul 11 ans ;

- 4 fois, il s'agissait de l'association d'un adénome rectal à une tumeur

épithéliomateuse sigmoïdienne ;

— 1 fois, à l'inverse, l'épithélioma était rectal et coagulé dans un premier temps. La découverte ultérieure d'un adénome sigmoïdien amena à pratiquer une colectomie segmentaire et permit de vérifier la guérison du cancer rectal et l'absence d'adénopathie.

Sur ces 5 derniers cas, 4 sont en cours d'année, le plus ancien remonte à 5 ans.

Enfin nous avons 4 échecs répartis comme suit : 1 cas relativement honorable puisque le malade a survécu 11 ans après disparition totale et contrôlée de son épi rectal. Mais il a fait une localisation transverse à la 7° année et une récidive terminale à la 11° année;

— 1 autre défavorable pour nous, mais heureusement rattrapé par le chirurgien pour une récidive à 4 ans. Amputation, guérison, 11 ans ;

— 1 cas inverse. Polypectomie chirurgicale suivie de récidive. Reprise

par nous mais sans espoir. Généralisation, décès ;

— 1 cas enfin, le plus amer, car nous pensions avoir gagné, pour un polypoïde douteux qui a récidivé sous forme d'une adénopathie extrinsèque. Décès, 2 ans.

En résumé, la thérapeutique de l'adénome rectal simple chez l'enfant comme chez l'adulte ne pose guère de problème.

L'abord proctologique doit résoudre la plupart des cas. Seules les localisations hautes seront chirurgicales ainsi que les formes associées qui pourront être élégamment traitées par des voies d'abord combinées.

La question se complique malencontreusement par le débat histologique qui porte : sur la nature de la tumeur elle-même : épithélioma d'allure adénomateuse, adénome dégénéré, tumeur villeuse en métaplasie ou non ; 2° sur la nature d'une tumeur associée pour laquelle les mêmes éventualités se rencontrent.

Dans le premier cas, où la nature histologique de la tumeur est douteuse, il nous paraît possible d'esquisser une thérapeutique avant même la réponse de l'histologiste puisque au demeurant elle arrive souvent après le geste thérapeutique, ou bien pose des cas de conscience parfois difficiles à trancher.

Une longue pratique nous a amené à traiter par la proctologie seule toutes les tumeurs, pourvu qu'elles soient :

— petites, mais qui peut aller à notre avis jusqu'à 2 à 3 cm de diamètre;

- accessibles facilement dans leur totalité;

- et surtout que l'évolution en soit surveillée jalousement.

Toute tumeur qui ne disparaît pas en 3 mois avec restauration de la

muqueuse, sans laisser aucune infiltration doit être confiée au chirurgien sans délai :

Dans le cas de tumeurs associées, les choses peuvent se simplifier : ou bien l'épithélioma est largement prédominant, évident, important, et alors l'adénome est contingent. La décision est de toute évidence chirurgicale et l'adénome suit le sort de la tumeur principale ; ou bien sa localisation (sigmoïde) ne permet pas davantage la discussion et impose la résection.

Conclusion.

Nous avons été amenés dans un souci de clarté à donner un aspect schématique à un sujet qui en fait nous a beaucoup embarrassé, car il mélange en proportions difficiles à réduire à une commune compréhension des considérations de siège, de dimensions et de nature.

Ce sont les nécessités de la pratique quotidienne qui nous ont amené

à suivre ce même plan.

Nous connaissons les critiques qu'on peut nous faire. Également les

dangers de cette attitude dans certains cas.

Les quelques résultats satisfaisants obtenus nous autorisent à penser que moyennant une très grande prudence, ils peuvent apporter des éléments de jugement appréciables car plus souples que ceux généralement proposés en pareil cas.

II. - TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par M. Claude HOUDARD.

Les indications les plus fréquentes du traitement chirurgical se situent aux frontières de ce rapport : ou bien les lésions sont hautes, sigmoïdiennes ou rectosigmoïdiennes, ou bien elles sont dégénérées.

Nous rappellerons bièvement les techniques chirurgicales et nous insis

terons surtout sur leurs indications.

Technique chirurgicale.

Par les voies naturelles.

La qualité de l'intervention est conditionnée par l'exposition des lésions. Il faut un rectum propre, une dilatation anale large, un aide qui manie habilement des valves longues.

On peut exciser des tumeurs situées nettement plus haut que celles acces-

sibles au toucher rectal, cependant une hauteur de 10 à 12 cm paraît une limite raisonnable, au-dessus l'intestin devient plus étroit et une excision correcte risque de rétrécir dangereusement la lumière.

A part les lésions à long pédicule, l'excision doit emporter toute l'épaisseur de la paroi rectale dessinant une collerette au pourtour de la tumeur et enlevant, outre la muqueuse, la musculeuse rectale ; la paroi étant sectionnée au bistouri ou aux ciseaux. L'hémostase est faite à la ligature, on terminera par la suture pariétale à points séparés en un ou deux plans, suture longitudinale plus souvent que transversale.

Dans l'ampoule rectale, il y a toujours suffisamment d'étoffe pour réparer la brèche, mais des difficultés peuvent survenir lors de l'excision d'une tumeur haute, volumineuse, en partie masquée par une valvule ; si la suture paraît devoir être imparfaite, il vaut mieux abandonner cet abord pour recourir à la voie abdominale.

La voie abdominale.

Avant d'envisager l'exérèse de la lésion, il faut insister sur la nécessité de déceler les lésions multiples, malgré l'association de la sigmoïdoscopie et du lavement baryté, que nous demandons systématiquement, ce dépistage est difficile. La palpation du côlon est souvent décevante, nous avons volontiers recours à la coloscopie per-opératoire, qui permet une exploration convenable du cadre colique en faisant, au besoin, plusieurs colotomies.

L'exérèse même de l'adénome peut se faire de deux façons : par polypectomie ou par résection colique limitée.

La polypectomie comporte l'ablation de la tumeur avec une collerette de la paroi colique. Ce traitement est le plus simple. Il faut pratiquer une incision du côlon au niveau du pédicule de la tumeur, une fois dans la lumière colique, on extirpe la tumeur avec une collerette de muqueuse saine. Il est souvent plus difficile ici qu'au niveau du rectum de pratiquer l'ablation de la musculeuse, c'est pourquoi cette intervention ne nous paraît indiquée que dans les tumeurs nettement pédiculées.

La résection colique segmentaire est devenue pratiquement aisée, elle est peu mutilante avec le rétablissement immédiat de la continuité. Lorsqu'elle s'applique à des lésions du sigmoïde, il n'y a aucûne difficulté technique ; par ces lésions bénignes, la résection du méso est peu étendue, une mobilisation colique limitée permet une anastomose termino-terminale sans traction.

Par extension de cette méthode, on peut appliquer la résection à des lésions du haut rectum, mais l'anastomose est d'autant plus délicate qu'on la fait plus basse sur le rectum, en particulier, chez l'homme où le bassin est étroit. Dans ces cas, le rétablissement de la continuité peut nécessiter un décollement assez étendu du gros intestin avec désinsertion de l'angle splénique, ce qui augmente l'importance de l'intervention.

Les indications du traitement chirurgical.

Les indications du traitement chirurgical par les voies naturelles demeurent rares : le tableau I résume nos observations, aucun accident n'en a marqué les suites. Les limites vers le haut sont pratiquement les mèmes que pour la proctologie, il est mème probable que pour les petites lésions la chirurgie endoscopique permet plus d'audace. Nous ne suivons pas l'opinion de MacLanahan et de ses collaborateurs de Baltimore, dans leur essai de traitement chirurgical conservateur des lésions en transformation maligne, où ils proposent l'excision en collerette. A notre sens, si la transformation est purement superficielle, non invasive, le traitement endoscopique fera aussi bien dans les petites lésions, si le stade invasif est atteint, nous sommes partisans d'une exérèse large.

La principale indication du traitement chirurgical nous paraît venir du volume de la tumeur, l'exposition chirurgicale donne une vue meilleure des lésions, qui permet un contrôle plus sûr de l'hémorragie et autorise une excision plus large. En fait, pour ces gros polypes, nous nous heurtons aussi aux difficultés d'interprétation des biopsies, qui risque de nous faire prendre pour un cancer ce qui n'est qu'une dégénérescence de surface, faute d'avoir eu un prélèvement suffisant au niveau de la base d'implantation de la tumeur.

Pour illustrer notre opinion, nous rapporterons deux observations, l'une (obs. XXIV) concerne :

— une femme de 86 ans, présentant une volumineuse tumeur dégénérée à 8 cm. Dégénérescence confirmée par biopsie. La polypectomie montre que l'épithélioma glandulaire s'arrête au ras du pédicule. Opérée en 1958, elle est actuellement en excellente santé, sans aucun signe de récidive.

On peut lui opposer cette décevante observation d'un :

— homme de 39 ans qui présente en 1955 un polype pédiculé de la taille d'une noisette sur la face antérieure de l'ampoule rectale, dont l'histologie est : « Épithélioma glandulaire sur polype villeux. » A la suite de la biopsie, le malade est adressé pour radiothérapie de contact, mais on ne trouve plus trace du point d'implantation et la radiothérapie ne peut être faite.

Ce malade, Nord-Africain, échappe à notre surveillance. Il est réexaminé en 1956, il présente alors un cancer rectal évident et des métastases hépatiques multiples.

Les indications du traitement chirurgical par voie abdominale sont conditionnées par le siège des lésions.

L'ablation du polype avec une collerette de la paroi a pour elle l'avantage de la simplicité, elle sera indiquée pour une lésion assurément bénigne, unique, à long pédicule, particulièrement chez les malades peu résistants.

Nous ne l'avons utilisée que deux fois.

TABLEAU I

Pol	ype	cto	mies
-----	-----	-----	------

Obs.	Nom	Age	Siège et histo par biopsie	Traitement	Histologie	Suites		
	Par voic	abdo	ominale :					
17	Dor	76	Polype à 10 cm.	Polypectomie	Polype villeux.	Guérison 3 ans.		
18	Sif	51	Polype à 22 cm.	Polypectomie		Guérison 6 ans		
	Par voic	endo	-anale :					
19	Le J	60	Ampullaire.	Polypectomie	Polype villeux.			
20	Has	27	Polype procident.	Polypectomie	Polype villeux.			
21	Par		Polype à 11 cm.	Polypectomie	Polype villeux.			
22	Dor	71	Polype à 9 cm (cerise).	1953 Polypectomie	Polype villeux.	Récidive sigmoï		
23	Dor	50	Polype villeux ampul- laire.	1960 Polypectomie	Adénome végé- tant.			
24	Dur	86	Polype dégénéré à 8 cm.	1958 Polypectomie	Épiglandulaire s'arrêtant au ras du pédi- cule.	1961 : Bon état		

Grinnel et Lane, pourtant nettement partisans de cette méthode, avec l'expérience de 217 cas (contre 76 résections), limitent cependant ses indications aux lésions nettement pédiculées; si l'examen histologique extemporané découvre une dégénérescence, même de surface, ils jugent la résection plus prudente; si l'examen de la pièce de polypectomie montre une envahissement néoplasique, ils proposent une résection secondaire. Ces réserves de prudence sont, à notre avis, de gros arguments en faveur de la résection d'emblée.

Sauf contre-indication, d'ordre général, mais celle-ci s'oppose aussi à la polypectomie par voie abdominale, la résection segmentaire est indiquée lorsque les lésions sont multiples et relativement groupées ou en cas de tumeur sessile, enfin dans les gros polypes car les risques de dégénérescence sont d'autant plus grands que la tumeur dépasse 1,5 cm de diamètre ; enfin, l'association à une autre lésion est un argument supplémentaire, la diverticulose colique nous a paru l'association la plus fréquente qui nécessite la résection.

Dans le service de notre Maître F. Poilleux avec la collaboration de C. Simon et J. Boulay, qui ont dépisté les lésions, il a été pratiqué 11 résections pour polypes sigmoïdiens ou rectosigmoïdiens (tableau II). Aucune mortalité, aucune fistule n'ont compliqué ces interventions, pratiquées en un temps, sans anus de dérivation.

Enfin 11 autres cas de polypes ont été découverts sur les pièces opéra-

TABLEAU II

Résections sigmoïdo-rectales.

Suites		Va bien.	1960 revu : bien		1960 : muqueuse nor- male.	1960 : muqueuse nor- male.			1961 : normal.
Histologie	Polype végétant.	Polype villeux non invasif.	Polype villeux. Polype végétant.	Adénome. I villeuse dégénérée invasive. 2 polypes dégénérés en surlace.	Polypes villeux.	Adénomes	Diverticule + 1 polype végétant.	Polype villeux.	Polyadénome.
Traitement	1958 : Résection du sig- moïde.	1960 : Résection anast, à la partie moyenne du rec- tum.	1959 : Résection sigmoïd. Polype villeux, 1959 : Résection + coagu- lation de 3 polypes rec- taux vus en aval.		Mai 1957 : Résection.	Juillet 1957: Résection du côlon gauche + polypectomie rectale par l'abdomen.	Janvier 1958 : Résection du Diverticule + 1 polype sigmoïde	Décembre 1957 : Résection, Polype villeux. anastomose à 8 cm.	nid.
Siège et histo par biopsie	1 polype pédiculé sur le sigmoïde 1958 : Résection du sig. Polype végétant. moyen.	1 tumeur pédiculée recto-sigmoidienne 1960 : Résection anast. à la Polype villeux non Va bien. à 14 cm par rectoscopie. Diag-biopsée : épi-cyl. Cancer colon tum. droit opéée 3 mois avant.	diverticu-	1 polype sur le sigmoïde. Polypes à 12 cm : épi-cyl et à 15 cm : Janvier 1959 : Résection. villeuse + diverticulose.	2 polypes sigmoïdiens séparés par Mai 1957 : Résection. 15 cm.	3 polypes à 11 cm, 25 cm et descen- Juillet 1957 : Résection du Adénomes dant, début de dégénérescence du colon gauche + polype- polype à 25 cm. tonie rectale par l'abdomen.		I polype à 15 cm.	2 polypes sur le sigmoïde.
Age	21	11	52	54	45	59	19	45	65
Nom	Ling	Cah	Pi Mar	Bra	Rob	Fou	Tein	Mar	Mis
Obs.	н	N	64	100	10	20	6	10	11

toires de cancer du côlon gauche ou du rectum. La présence de ces polypes souvent dégénérés ayant une incidence sur l'étendue de la résection.

L'examen de ces résections rectocoliques nous amène à quelques commentaires.

Sur le plan technique, l'extension de la résection colique vers le haut n'a pas une grosse importance, cependant l'intervention se trouve notablement aggravée et on peut trouver abusive une résection comme celle de l'observation III de M. Fou... où un polype du sigmoïde en début de dégénérescence nous a incité à pratiquer une résection, un autre polype situé sur le côlon descendant a fait réséquer tout le côlon gauche. Lorsque les polypes sont éloignés et bien pédiculés, il vaut mieux faire plusieurs polypectomies.

De même vers le rectum pour les adénomes ou polypes villeux nous éviterons d'étendre loin vers le bas la résection, nous faisons la polypectomie de ces lésions du haut rectum par la tranche de section au moment de faire l'anastomose.

La notion de dégénérescence donnée par la biopsie apporte volontiers un trouble, au moment de la décision chirurgicale, s'agit-il d'une dégénérescence de surface, on demande une nouvelle biopsie prenant la base d'implantation, celle-ci est-elle libre, rien ne prouve l'absence d'un processus invasif quelques millimètres plus loin. Il reste l'aspect macroscopique et bien souvent on aurait tendance à faire large ou étroit en fonction du siège particulier.

Pour les polypes dégénérés invasifs, la résection sera menée comme pour un cancer avec le sacrifice de paroi colique et du territoire ganglionnaire commandée par la topographie des lésions.

Cependant pour les lésions du bas rectum, nous n'avons pas recours à l'amputation abdomino-périnéale mais à l'opération de Babcock qui maintient ces impératifs carcinologiques et conserve une fonction intestinale satisfaisante.

En dehors de deux cas de polypose diffuse dégénérée, nous avons relevé 11 cas de polypes dégénérés, ou non, associés à un cancer du sigmoïde ou du rectum.

Bien souvent, ils ont été découverts sur la pièce opératoire, à proximité immédiate du cancer, les plus dégénérés étant les plus rapprochés.

Dans l'ensemble, ils modifient peu le plan thérapeutique, cependant la découverte d'une dégénérescence invasive sur un polype sous-jacent à une lésion rectosigmoïdienne peut gêner l'anastomose en la repoussant plus bas ou inciter à l'amputation transanale.

En somme, il n'y a pas de discussion entre le domaine proctologique et le domaine chirurgical en fonction du siège des lésions : à la frontière, à la région rectosigmoïdienne, les indications seront des cas d'espèce et dépendront de l'attitude du proctologiste.

Sur la notion de dégénérescence, tout en ne partageant pas totalement l'opinion de mon collègue A. Poirier, l'examen de ses résultats et la prudence de sa position me font penser que l'association des deux méthodes en cas de lésions multiples ou leur succession sont tout à fait souhaitables.

RÉSUMÉ

Deux modalités thérapeutiques :

Par voie endoscopique :

L'un des auteurs expose en détail la technique d'électrodestruction de la tumeur par coagulation, ses indications sont nombreuses, car c'est la technique normale, il faut seulement en préciser les limites :

— les tumeurs hautes au-delà de 12 cm, car les manœuvres sont plus hasardeuses, donc plus dangereuses,

- les tumeurs sessiles volumineuses,

- le critère histologique ouvre un débat plus large :

Doit-on refuser ce traitement aux lésions dégénérées ou associées ou bien peut-on suivre la même technique vis-à-vis de l'adénome dégénéré, des adénomes villeux, des villeuses pédiculées et même des épithéliomas polypoïdes ?

D'après son expérience, l'un des auteurs conclut qu'on peut oser plus qu'il n'est habituel de le dire et qu'une électrocoagulation correctement

faite permet d'éviter des amputations.

L'exposé de ses résultats sur 148 observations est un argument solide de cette thèse.

Le traitement chirurgical :

Peut être réalisé par les voies naturelles ; il permet d'enlever la tumeur et de suturer la paroi rectale :

— Ou par voie abdominale pour les lésions sigmoïdiennes basses ; on sera aidé par la coloscopie préopératoire pour le dépistage des lésions d'amont. L'excision en collerette de la paroi colique est volontiers remplacée par une résection limitée, puisque la continuité intestinale est immédiatement rétablie.

Les indications du traitement chirurgical par les voies naturelles demeurent rares, car, vers le haut, les limites sont les mêmes que pour l'endoscopie ; seules les grosses tumeurs sont traitées avec plus de sécurité.

— Ou par l'abdomen ; ses indications sont plus fréquentes : indiscutables pour les localisations sigmoïdiennes ; la résection sera souvent pratiquée du fait de la multiplicité des lésions ou de l'association à une autre lésion, à une diverticulose en particulier. L'un des rapporteurs étend les indications de la résection suivie de suture aux lésions rectales dégénérées situées au-dessus de 6 cm de la marge anale, ce qui laisse une fonction sphinctérienne parfaite. Il réserve aux lésions rectales basses dégénérées l'intervention de Babcock qui donne des résultats fonctionnels satisfaisants et qui retire toute la paroi rectale et ses ganglions.

Deux tableaux résument 19 observations : 8 polypectomies et

Discussion

M. Arxous. -- Le Dr Houdard ne pense-t-il pas que la coloscopie per-opératoire d'André Busson a un énorme intérêt quand on intervient par voie abdominale?

M. A. Busson. — A propos des coloscopies per-opératoires, en effet, je voudrais dire ceci : dans certains cas, il est difficile de les réaliser. Dans les sigmoïdes courts et avec mésentérite rétractile, il est difficile de pouvoir introduire le rectoscope vers l'angle gauche. Mais il est facile de faire une seconde boutonnière au-dessus de la fixation de l'angle sigmoïdien.

M. HOUDARD. — La coloscopie per-opératoire a un énorme intérêt, je la crois très utile pour dépister les lésions multiples, car la palpation des côlons sur ces lésions bénignes est infidèle et on passe à côté de petits adénomes sus-jacents à celui qu'on avait trouvé à l'examen radiologique ou rectoscopique.

SUMMARY

Treatment of rectal and recto-sigmoid polyps. Two therapeutic methods.

Endoscopie:

One of the authors gives a detailed account of the technique used in the electrodestruction of the tumour by coagulation; its indications are numerous as it is the normal technique. It is however necessary to make its limitations clear:

— tumours higher than 12 cm, as the movements are more difficult and therefore more dangerous,

- very large sessile tumours,

- the histological criterium throws the discussion wide open:

Should this treatment be witheld in cases of lesions which are degenerated or in association, or can the same technique be followed for degenerated adenoma, villous adenomas, pediculated villous tumours and even for polypoid epitheliomas?

From his own experience, one of the authors comes to the conclusion that one may go further than is usually allowed and that electrocoagulation when correctly carried out enables amputation to be avoided.

The account of results obtained in 148 cases is a solid argument in favour of this theory.

Surgical:

May be carried out along the natural openings: it enables the tumour to be removed and the rectal wall to be sutured:

— Or through the abdomen for low-lying sigmoid lesions; pre-operatory coloscopy will be used to find higher lesions. Ring excision of the wall of the colon is better replaced by a limited resection since intestinal continuity is immediately re-established.

Indications for surgical treatment through the natural passages are

scopy; only large tumours are more safely treated this way.

— Or through the abdomen; its indications are more frequent: unquestionably in cases of sigmoid location; resection is often carried out because of the multiplicity of the lesions or because of association with another lesion, with a diverticulosis in particular. One of the contributors extends the indications for resection followed by suture to degenerated rectal lesions situated above 6 cm from the rim of the anus, leaving the function of the sphincter intact. He restricts to low degenerated rectal lesions Babcock's operation which gives satisfactory functional results and which removes all the rectal wall and its ganglions.

19 cases: 8 polypectomies and 11 resections, are summarized in two

tables.

POLYPES ET POLYPOSES RECTOCOLIQUES

Par MM. Roger CATTAN et Daniel CATTAN (Paris)

Il ne s'agit pas dans ce court rapport de faire une description détaillée des symptômes de la polypose intestinale et de son évolution habituelle, encore moins d'en étudier le traitement qui est essentiellement chirurgical.

Notre ambition plus modeste est, dans un tableau d'ensemble, de préciser les limites et les parentés de cette redoutable maladie.

Il nous faut d'abord distinguer ce que nous appellerons les fausses polyposes de la vraie polypose familiale et héréditaire. Par polypose, au sens large du terme, nous entendons désigner la présence, en très grand nombre, d'excroissances sessiles ou pédiculées minuscules ou plus grosses sur la paroi du côlon et du rectum. Cette définition élimine ainsi les polypes inflammatoires ou adénomateux qui sont souvent solitaires mais souvent aussi multiples au nombre d'une dizaine au maximum, le plus souvent de 2 ou 3 localisés au rectum et au sigmoïde. Il y a évidemment des cas de transition où la polypose qui en général recouvre uniformément comme d'une mosaïque toute la surface de l'intestin laisse dans d'autres cas de larges espaces de muqueuse saine.

Les pseudo-polyposes.

Les fausses polyposes ou polyposes secondaires se voient au cours de maladies diverses mais essentiellement au cours des côlites ulcéro-hémorragiques.

L'un de nous a eu récemment à en faire avec M^{me} R. Habib une étude détaillée :

Il s'agit le plus souvent de pseudo-polypes faits de lambeaux de muqueuse saine faisant saillie au milieu d'ulcérations plus ou moins profondes. L'axe de ces pseudo-polypes est constitué par une sous-muqueuse riche en capillaires dilatés. Nous les avons désignés sous le nom de pseudo-polypes muqueux.

Une deuxième variété est constituée par les pseudo-polypes adénomateux qui font aussi saillie sur une muqueuse abrasée mais dans lesquels la muqueuse est très modifiée : les tubes glandulaires sont augmentés en

ARCH. MAL. APP. DIG. T. 50. Nº 9 bis. _ Soc. Nat. Fr. Proct. (SUPPL. AU Nº 9, SEPT. 1961).

nombre disposés sans ordre, de taille et de forme variables. Certains sont mêmes franchement kystiques. Ces pseudo-polypes sont très souvent le siège d'une importante infiltration de cellules inflammatoires, en particulier de polynucléaires. Ils sont parfois rattachés au reste de la muqueuse par un axe conjonctif.

Enfin ce que l'on trouve peut-être plus fréquemment, en particulier dans le rectum, c'est le pseudo-polype de Weichselman, qui est constitué par un tissu de granulation fait de capillaires nombreux et où ne subsistent

plus que quelques rares tubes glandulaires.

Existe-t-il de véritables polyadénomes glandulaires dans la rectocòlite hémorragique. Il est classique de le dire. Nous n'en avons, pour notre part, jamais rencontré. Une fois cependant chez un de nos malades qui était atteint d'une forme très grave de rectocòlite hémorragique et qui présentait une véritable mosaïque de formations polypeuses sur le sigmoïde, la biopsie fut diversement interprétée par des anatomo-pathologistes éminents: l'un penchant pour de véritables polyadénomes, l'autre pour des pseudo-polypes adénomateux.

La question est d'importance. On sait en effet que dans les pays anglosaxons et dans les pays nordiques on considère comme fréquente la cancérisation secondaire de la rectorôlite ulcéro-hémorragique. En France, au contraire, l'apparition d'un épithélioma paraît, à tous les auteurs, très rare sinon exceptionnelle. Il est probable que la formation de polyadénomes au cours de cette maladie doit exister. L'exemple de ce que nous avons appelé les pseudo-polypes adénomateux montre que la muqueuse peut réagir par la formation de tubes glandulaires en nombre en général limité. Pourquoi ne pas admettre que cette réaction peut parfois aboutir à de véritables polyadénomes qui pourraient alors subir plus tard une transformation cancéreuse? Mais il faut bien reconnaître que cette éventualité si elle existe est exceptionnelle.

Les pseudo-polyposes parasitaires consécutives par exemple à la bilharziose et à laquelle R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier (2) réservaient un chapitre spécial sont rarissimes. Il ne semble s'agir en général que d'un nombre assez limité de faux polypes du même type que ceux que l'on rencontre dans la rectocôlite hémorragique.

Nous ne ferons enfin que rappeler rapidement ici que la lymphosarcomatose digestive diffuse peut dans certains cas exceptionnels revêtir la forme d'une polypose. Les aspects cliniques, radiologiques et rectoscopiques sont tout à fait ceux de la polypose familiale héréditaire. Mais la biopsie fait facilement le diagnostic. Il n'y a ici aucune multiplication des culs-de-sac glandulaires, mais une infiltration cellulaire d'aspect uniforme constituée par des cellules lymphocytaires avec suivant les cas un plus ou moins grand nombre de cellules réticulaires à noyau irrégulier. Deux observations particulièrement caractéristiques ont été rapportées à la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, d'une part, par l'un de nous avec P. Porcher, A. Bensaude et P. Frumusan (3), d'autre part, par J. Borgida, J. Renard et R. Maret (4).

La polypose rectocolique familiale.

Nous ne reprendrons pas dans ce rapport la description de la polypose familiale héréditaire. Au surplus, il n'y a rien à ajouter à la description que R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier (2) en ont fait en 1936. Les études ultérieures n'ont fait que confirmer ce qu'ils avaient dit à cette époque.

Nous voudrions seulement ici insister sur 4 points principaux : la définition morphologique de la maladie ; l'évolution ; la génétique ; les asso-

ciations morbides.

La définition morphologique. — Étant bien entendu qu'histologiquement les polypes de la polypose rectocolique ne se distinguent en rien des polypes solitaires ou multiples du rectosigmoïde, à partir de quelle extension de la maladie ou si l'on veut de quel nombre de polypes peut-on dire qu'il s'agit d'une polypose? La question n'est pas facile à résoudre.

Il y a des formes de la maladie dans laquelle, du rectum au cæcum, toute la muqueuse intestinale est recouverte de polypes innombrables qui ne laissent entre eux aucun espace de muqueuse saine et qui se comptent alors par dizaines de milliers. Il en est d'autre où la polypose tout en étant disséminée sur toute l'étendue du gros intestin et du rectum est faite d'un nombre beaucoup moins important de polyadénomes. Au rectoscope, on en découvre sur le rectosigmoïde une ou plusieurs dizaines et les radiographies montrent que cette polypose clairsemée existe aussi plus ou moins abondante sur toute la surface de l'intestin. Entre les polypose est nuqueuse est parfaitement saine. Il existe enfin des cas où la polypose est localisée à une portion de l'intestin, le sigmoïde par exemple ou le cæcum. Mais rien ne prouve que sur les portions que la radiologie fait apparaître comme indemnes, il n'y a pas quelques formations polyadénomateuses qui échappent à l'examen mais qui, comme les autres, sont parfaitement capables de subir une transformation maligne.

On le voit, les limites entre le polyadénome du rectum qui peut être solitaire mais qui souvent est multiple et la polypose généralisée n'existant pratiquement pas. On pourrait admettre que l'on passe insensiblement de l'un à l'autre, mais ce serait forcer les faits. Dans l'immense majorité des cas, il est facile en clinique de faire le diagnostic de polypose diffuse même si elle paraît localisée à un segment de l'intestin. C'est en effet au minimum par plusieurs dizaines et le plus souvent par milliers que les polypes se comptent dans cette maladie alors que le chiffre des polypes dits

solitaires ne se compte que par unités.

Cette distinction uniquement basée sur le nombre des polypes est-elle valable ? Certainement car elle est retenue comme telle dans nombre de malformations plus ou moins congénitales. Elle joue par exemple de la même façon pour les petits angiomes cutanés solitaires ou peu nombreux de la peau et la maladie de Rendu-Osler où ils sont très nombreux et revêtent un caractère héréditaire; pour la neurofibromatose de Recklinghausen qui se distingue par les mêmes caractères des lentiginoses isolées et des petits fibromes que l'on peut rencontrer chez certains sujets.

les

dir

au

(Sc

ce

ur

ét

eı

d

L'évolution de la polypose diffuse est très caractéristique.

C'est dans la 2^e enfance qu'apparaissent le plus souvent les premiers signes de la maladie : diarrhée et hémorragie. La rectoscopie met déjà en évidence les polypes et la biopsie montre qu'il s'agit alors de polyadénomes vrais et non de polypes inflammatoires, comme c'est le plus souvent le cas

pour le polype solitaire de l'enfant.

Cette diarrhée finit par retentir sur l'état général du malade qui en est atteint. Elle entraîne des troubles métaboliques de l'eau et des électrolytes, peut-être même protidiques par sécrétion d'albumine. L'anémie, l'hypoprotidémie rendent compte de l'infantilisme signalé pour la première fois par Raoul Bensaude (2) puis retrouvé par de nombreux auteurs dans des cas de polypose familiale qui se sont révélés dès l'enfance.

Conséquence également probable de ces troubles métaboliques, mais bien difficile à expliquer, la survenue d'un hypocratisme digital, égale-

ment signalé pour la première fois par R. Bensaude (2).

Il est en effet probable que ces deux anomalies, infantilisme et hypocratisme, ne relèvent ni d'une coïncidence ni d'une dystrophie qui porterait sur les glandes endocrines ou sur les os des extrémités comme la polypose porte sur l'intestin. Ceci ressort du fait que l'on n'a pas signalé à notre connaissance plusieurs cas d'infantilisme dans une même famille, ce qui aurait pu à tout le moins se rencontrer s'il s'était agi de deux maladies dysgénétiques associées. Contre cette hypothèse plaide aussi le cas de Wheeler (rapporté par R. Bensaude et coll.) qui vit une fille de 16 ans guérir de son infantilisme et reprendre sa croissance lorsqu'un traitement mixte chirurgical et curiethérapique eut amélioré son état intestinal.

Infantilisme et hypocratisme ne peuvent donc être retenus en théorie comme des signes distinctifs entre la polypose et les polypes. Ils résultent de symptômes fonctionnels communs aux deux affections mais qui sont majorés d'une façon colossale dans la première maladie du fait même du nombre des formations polypeuses.

Le caractère inéluctable de la cancérisation de la polypose diffuse constitue-t-il un signe distinctif ?

C'est une notion universellement admise que les malades atteints de polypose rectocolique meurent avant 50 ans de cachexie, d'occlusion ou de cancer du côlon ou du rectum. Il n'est pas rare, lors des colectomies pratiquées même en dehors de toute suspicion clinique de cancer rectal ou colique, de découvrir sur la pièce opératoire un ou plusieurs cancers petits ou grands. Mais, à tout prendre, cette cancérisation d'un ou de plusieurs polyadénomes n'a rien de surprenant. Elle n'est pas liée à la maladie polypose mais à la nature même des formations polypeuses. C'est un fait que les petits cancers du rectum se développent souvent sur des polypes solitaires ou plus exactement c'est à leur stade initial que l'on peut saisir sur le fait la transformation maligne d'un polype bénin. Les statistiques sur la fréquence de cette évolution sont très sujettes à caution car elles concernent des polypes dont on ne peut dire au moment où on

les décèle s'ils sont de formation récente ou ancienne, et on ne saurait dire non plus après les avoir enlevés s'ils auraient ou non dégénéré si on les avait laissé en place. Les chiffres varient d'ailleurs suivant les auteurs dans des proportions considérables et qui vont de 50 p. 100 (Schmieden et Westhnes) à 5 p. 100 (Feyster).

On peut raisonnablement avec J. Dubarry penser que si un seul polype bénin a quelques chances de dégénérer, il s'en trouvera obligatoirement un qui le fera si les polypes se comptent par milliers. Il est donc bien certain que la transformation maligne ne saurait être considérée comme un signe essentiel et caractéristique de la polypose généralisée.

L'hérédité de la polypose. — Dès les premières observations qui en ont été rapportées la polypose rectocolique est apparue comme une affection souvent familiale et héréditaire. C'est une règle absolue lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de cette affection de rechercher chez les parents et dans la fratrie d'autres sujets atteints. Cela ne veut pas dire que l'on ne puisse rencontrer des cas non familiaux, comme dans toutes les maladies héréditaires. Il est certain cependant que ces cas sporadiques et isolés sont moins nombreux qu'il ne le semblerait au premier abord. Il est souvent difficile d'examiner toute une famille et il y a des possibilités pour que dans une petite famille le gène ne puisse se manifester par suite du trop petit nombre d'individus. Cette étude vient d'être reprise d'une façon mathématique par J. Duhamel, G. Berthon et J.-J. Dubarry (5-6) à propos de 11 cas que ce dernier auteur a pu observer. La conclusion de cette très savante étude est conforme à l'opinion habituellement admise : la polypose se transmet selon le mode dominant. La pénétration de cette tare unigénique est pour ces mêmes auteurs supérieure à 0,80. L'apparition du premier cas dans une famille ne peut être due qu'à une mutation de gènes.

Le travail que nous venons de citer complète et confirme ceux de Gardner, de Woolf, de Boehme, de Dukes.

Mais une réserve importante est faite par les auteurs : les calculs portent sur des statistiques le plus souvent anglo-saxonnes qui associent les polyposes et les cancers. L'on n'a pas toujours signalé l'existence de la polypose ni son importance si bien que l'on peut penser que certains cancers étaient l'aboutissant de polypes isolés.

Nous ne pensons pas qu'il existe de travail aussi important et aussi complet concernant l'hérédité des polypes isolés du rectum. Elle paraît en tous cas infiniment moins démontrée que pour la polypose diffuse. Il n'empêche que le caractère familial des polypes bénins a été plusieurs fois signalé (Staennler, Barthélémy, Langenbeck signalés par R. Bensaude et coll.). En 1953, MacCarty rapporte, dans 2 familles de polypose, 2 cas de polypes solitaires rectosigmoïdiens (7).

Les associations de la polypose diffuse. — Si l'infantilisme et l'hippocratisme digital qui accompagnent souvent la polypose diffuse doivent être considérés comme des complications de la maladie, il n'en est pas de même pour certaines dystrophies qui lui sont associées et qui se transmettent elles aussi sur le mode héréditaire.

La plus connue de ces associations est communément désignée sous le nom de syndrome de Gardner. Il faut cependant rappeler ici que le premier cas, il est vrai isolé, en a été rapporté en 1912 par Devic et Bussy et publié dans les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif.

1

Le travail princeps de Gardner portait sur six membres d'une même famille. Il date de 1951. Puis en 1955, Werner et Cooper, O'Brien et Wels en rapportent l'un quatre cas, l'autre six, tous familiaux. D'autres suivirent de Grumpell et Carballo, de Laake, etc. (9).

Le syndrome est fait de trois éléments principaux : une polypose rectocolique, des ostéomes et des exostoses, des tumeurs mésenchymateuses.

La polypose ne diffère en rien de celle qui fait l'objet principal de ce travail. Elle a la même incidence familiale et la même tendance à la dégénérescence cancéreuse.

Les ostéomes peuvent siéger n'importe où. Le malade de Devic et Bussy en avait quatre sur le maxillaire inférieur. Sur les os longs se développent une ou plusieurs exostoses.

Les tumeurs mésenchymateuses sont de nature variable. Ce sont des tumeurs des tissus mous, soit des kystes épidermoïdes, soit des fibromes cutanés, soit des lipomes sous-cutanés. Sur les cicatrices se développent souvent des tumeurs fibreuses. Sur le péritoine ou le mésentère, on peut trouver des masses fibreuses ou des léiomyomes dont la cancérisation est toujours possible.

L'association de la polypose à ces multiples dystrophies n'est certainement pas l'effet d'un hasard. Gardner pense qu'un facteur génétique commun en est responsable.

Le syndrome décrit par Oldfield (10) est certainement beaucoup plus exceptionnel. Nous n'en avons pas trouvé d'autre mention dans la littérature que les cas décrits par cet auteur. Il s'agissait de trois malades de la même famille qui étaient atteints d'une polypose du côlon associée à des kystes sébacés multiples. La famille était connue comme étant atteinte de kystes sébacés multiples, la tare se transmettant selon un caractère mendélien dominant. Deux des malades décédèrent d'un cancer du côlon. Le troisième fut traité par colectomie totale et iléostomie.

Nous mettrons tout à fait à part la maladie de Peutz-Jeghers. On sait qu'il s'agit là aussi d'une maladie héréditaire et familiale qui associe une lentiginose centro-faciale péri-orificielle et une polypose digestive. Mais, contrairement aux cadres que nous venons de tracer, la polypose siège ici sur tout le tube digestif mais avec une prédominance très nette pour l'intestin grêle. Elle peut aussi atteindre l'estomac alors que dans la polypose rectocolique diffuse la maladie ne dépasse jamais la valvule iléocæcale.

La symptomatologie essentielle de la maladie est faite d'accidents subocclusifs ou occlusifs successifs dus le plus souvent à l'invagination de la tumeur. Ils commandent finalement plus ou moins précocement l'intervention chirurgicale. La cancérisation est plus rare que dans la polypose diffuse, mais il en est des cas indiscutables (obs. de Jeghers, de Christiaens, Fontaine et Defoort (11)). Cependant le potentiel malin serait beaucoup moins marqué que dans la polypose diffuse rectocolique si l'on en croit les résultats de l'histophotométrie (12).

Tels sont les aspects habituels des polyposes digestives. Si l'on met à part la maladie de Peutz-Jeghers, on voit qu'il n'y a pas de limite réelle bien définie entre les cas isolés de polype adénomateux rectosigmoïdien et les grandes polyposes diffuses héréditaires et familiales.

RÉSUMÉ

Les auteurs distinguent d'abord les vraies polyposes polyadénomateuses des pseudo-polyposes que l'on observe surtout dans la rectocôlite ulcéro-hémorragique.

Ils cherchent à définir ce qui distingue la polypose rectocolique des polypes solitaires. Ils ne trouvent de différence réelle ni dans la morphologie ni dans l'histiopathologie, ni dans l'évolution, mais seulement dans le nombre des formations polypeuses, là innombrables, ici réduites à quelques unités. Le caractère héréditaire de la polypose familiale est également à retenir bien que l'on ait signalé des cas familiaux de polypes dits solitaires. La cancérisation presque fatale dans celle-là est fréquente aussi dans ceux-ci.

Ce travail se termine par la brève évocation des associations de la polypose diffuse.

BIBLIOGRAPHIE

- R. Cattan, R. Carasso et M. Bucaille. La rectocôlite hémorragique et purulente, 1959. Flammarion, édit.
- R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier. La polypose rectocolique. In R. Bensaude, Malādies de l'intestin, 3, 1935. Masson, édit.
- R. Cattan, P. Porcher, A. Bensaude et P. Frumusan. Lymphosarcomatose du tube digestif à type de polypose diffuse. Arch. Mal. App. Dig., 42, nos 7-8, 1953, 937-958.
- 4. J. Borgida, J. Renard et R. Maret. Polypose rectocolique généralisée de nature
- lymphoïde. Arch. Mal. App. Dig., 42, nº 6, 1953, 818-824.

 5. J. Duhamel, G. Berthon et J.-J. Dubarry. Étude mathématique de l'hérédité de la polypose rectocolique. Journal de Génétique humaine, 9, nº 1-2, 1960, 65-67.
- 6. G. Berthon. Hérédité et pronostic de la polypose rectocolique généralisée.

 Thèse Bordeaux, 1959 (bibliogr.). Imprimerie Fourgeau, Bordeaux.
- R. T. MacCarthy. Genetic factor of familial disseminated polyposis coli. Am. J. of Surgery, 86, 1953, 500-504.
- 8 Devic et Bussy. Un cas de polypose adénomateuse. Arch. Mal. App. Dig., 1912, 278-289.

9. E.-J. Gardner. - Polypose du côlon associée à des tumeurs osseuses et cutanées. Syndrome de Gardner. Acta Clinica Belgica, 57, nº 7, 1958, 501-508.

10. M. G. OLDFIELD. - The association of familial polyposis of colon with multiple

sebaceous cyst. Brit. J. Surg., 41, 1954, 534.

11. L. Christiaes, G. Fontame et G. Defoort. — Le syndrome de Peutz-Jeghers.

La Semaine des Hôpitaux, 35, 58, n° 8, 3427 (bibliogr.).

Discussion

M. Soullard. - Ne pensez-vous pas que la dégénérescence de la polypose fami-

liale puisse s'expliquer par deux faits :
1º La longue évolution probable infra-clinique des adénomes malins, cancers in situ probablement dès l'origine?

2º L'association habituelle dans la polypose familiale de tumeurs villeuses et d'adénomes villeux en proportion considérable qui, eux, dégénèrent certainement?

d

la

C 10

1

M. CATTAN. - Je n'ai pas d'opinion en ce qui concerne la première question. J'ai été assez impressionné par les arguments que vous nous avez apportés.

SUMMARY

Recto-colic polyps and polyposes.

The authors first of all distinguish between true polyadenomatous polyposes and pseudo-polyposes which are most often found in ulcerohæmorragic recto-colitis.

They try to define what it is that distinguishes rectocolic polyposis from single polyps. They can find no real difference in the morphology, the histopathology, or in the development, only in the number of polyposal formations, numerous in the former, scanty in the latter. The hereditary nature of familial polyposis is also important although familial cases have been found of so-caller single polyps. Cancerisation which is almost fatal in the former is also frequent in the latter.

The work ends with a brief account of conditions associated with diffuse polyposis.

POLYPES RECTOSIGMOÏDIENS DE L'ENFANT

Par M. A. BENSAUDE

Le polype rectosigmoïdien de l'enfant est bien différent du polype de l'adulte. Tous les auteurs sont d'accord. Par contre, la nature exacte de ce polype est discutée. La différenciation entre les deux variétés de polype est cependant de la plus haute importance, étant donné surtout la signification pronostique attachée au polype de l'adulte, dont on peut considérer qu'il s'agit d'un état précancéreux.

Nous nous attacherons surtout dans notre exposé à mettre en évidence les différences qui existent entre ces deux tumeurs.

Fréquence.

Le polype est certainement l'affection rectale la plus fréquente de l'enfance. Cette fréquence apparaît dans le tableau suivant :

Tableau I
Incidences des différentes affections ano-rectales chez l'enfant.

			1		Total		(Garçons		Filles			
				— de 2	2 à 6	7 à 14	— de 2	2 à 6	7 à 14	— de 2	2 à 6	7 à 14	
Polypes					75	44	I	47	30		28	14	
			1	26	74	4	8	40	3	18	34	I	
Anites			*	8	34	19	6	15	12	2	19		
Rectites				4	11	14	I		9	-	6	5	
Rétrécissements				9		1-4		5 2		3 5	7	3	
16: 11				9	3 5		4	2	8	3		7	
			*	- 1	5	15	1 - 1	-	_	1	3	1	
Abcès, fistules				3	4	3	3	3	3		1	_	
Ulcérations .		*		4	3	3	3	I	1	1	2	2	
Angiomes				1	1	3	-	1	2	1	_	1	
Fécalomes				1	4	-	-	2	-	1	2		
Diverticules de	Mec	kel		-	-	2	-	-	2	-	_	-	
Papillomes .				1	I		-	-	-	1	1	-	
				-	I	-	-	I	-	-	-	-	
				1	-	-	I		-	-	-	-	
Amibiase				-	2	2	-	I	2	-	1	-	
Eczéma				-	I	-	_	1	_	_	_	-	

ARCH. MAL. App. Dig. T. 50. Nº 9 bis. - Soc. Nat. Fr. Proct. (Suppl. au Nº 9, Sept. 1961).

Il est très difficile de se faire une opinion sur la fréquence du polype de l'adulte parce que, dans la plupart des statistiques, polypes de l'adulte et polypes de l'enfant sont confondus. Ainsi, dans la statistique de R. Bensaude, P. Hillemand et P. Augier, où le relevé des cas montre un maximum de fréquence avant 20 ans et entre 40 et 60 ans, polype solitaire de l'adulte et polype de l'enfant sont, comme on le voit, confondus :

TABLEAU II (1)

I	à	10	ans.			*		16	cas	41	à	50	ans	*	*			14	cas
11	à	20	ans.					9	22	51	à	60	ans					18	D
21	à	30	ans.					6	39	61	à	70	ans					11	1
31	à	40	ans.					7	10	71	à	80	ans					6	3

Cette différence de statistique tient au fait que peu de proctologues se sont jusqu'à maintenant spécialisés dans la proctologie infantile, et que nous n'avons pas trouvé de statistiques d'incidence globale du polype dans lesquelles adulte et enfant étaient séparés.

Nous n'insisterons pas au point de vue étiologique sur la répartition des cas de polypes suivant le sexe. Il semble cependant que le polype de l'enfant soit plus fréquent chez le garçon (65 p. 100) que chez la fille.

D'emblée, il convient cependant d'insister sur une notion très importante celle de la répartition des cas des polypes suivant l'âge, comme on peut le voir dans le tableau suivant :

TABLEAU III
Répartition des cas de polypes suivant l'âge des enfants.

,	ge			 S	Total	
				masculin	féminin	
Moins de 2 ans.				1	0	1
De 2 à 6 ans .	*			47	28	7.5
De 7 à 14 ans.				30	14	44

Comme on le voit la fréquence est beaucoup plus grande entre 2 et 6 ans. Au point de vue anatomo-pathologique, on ne saurait tirer d'enseignement en ce qui concerne la différence entre polype solitaire de l'adulte et polype de l'enfant, sur l'étude du siège du polype. En effet, comme chez l'adulte, le polype se rencontre surtout dans le bas rectum avec un maximum de fréquence entre 4 et 6 cm.

Par contre, la morphologie du polype infantile est différente dans l'ensemble de celle de l'adulte. Premier point très important, le polype de

⁽¹⁾ Tableau tiré de R. Bensaude : Maladies de l'intestin, 3.

l'enfant est presque toujours pédiculé, les polypes sessiles, fréquents chez l'adulte, sont exceptionnels.

Si, d'une façon générale, comme pour l'adénome solitaire, le polype de l'enfant se présente sous forme d'une petite tumeur arrondie, régulière, de coloration rouge carminé elle est beaucoup plus souvent ulcérée par des plages de nécrose souvent étendues.

Enfin, alors que chez l'adulte l'adénome est très souvent solitaire et que les polypes multiples sont relativement rares, les polypes multiples se trouvent avec une beaucoup plus grande fréquence chez l'enfant. Dans notre statistique, 80 p. 100 des enfants ont eu un seul polype : 16 : 2; 5 : 3 : 2 : 4 tumeurs.

Au point de vue clinique, 2 symptômes principaux témoignent chez l'enfant de la présence d'un polype rectal : l'hémorragie, la procidence du polype hors de l'anus.

L'hémorragie présente à peu près les caractères de l'hémorragie de l'adénome solitaire. Elle est plus ou moins abondante ; elle peut être mèlée aux matières ou survenir après ou avant les selles. Le fait important, c'est qu'il est exceptionnel qu'elle soit suffisamment prononcée ou répétée pour créer des signes d'anémie clinique.

Si la procidence de la tumeur en dehors de l'anus est très particulière à l'enfance, on ne saurait cependant en tirer un argument pour différencier polype infantile et adénome de l'adulte. Chez l'adulte, en effet, un polype bas situé peut s'extérioriser au moment de la selle. Chez l'enfant, au contraire, la saillie de la tumeur à l'orifice anal est indépendante du siège de la tumeur. Elle peut tout aussi bien être le fait de tumeurs bas situées que de polypes sigmoïdiens. Elle s'observe surtout dans le cas de polype à long pédicule. En fait, la procidence de la tumeur en dehors de l'anus est liée chez l'enfant à la grande mobilité de la muqueuse rectale et à la tendance remarquable de l'invagination du sigmoïde dans le rectum.

Il est cependant un symptôme particulièrement propre à l'enfance, ce sont les émissions muco-purulentes dans les selles. Celles-ci se traduisent par des glaires transparentes ou jaunâtres à la surface des matières. Elles peuvent, lorsqu'elles sont particulièrement abondantes, survenir isolées et réaliser une véritable selle dysentériforme. Ce symptôme cependant est très intermittent et ne prend jamais l'acuité et la fréquence des déjections du syndrome dysentérique.

En ce qui concerne l'examen, il nous faut insister sur certains éléments très particuliers à l'enfant. Chez l'enfant du premier âge, le toucher rectal constitue pratiquement le seul moyen de faire le diagnostic; la rectoscopie est en effet particulièrement difficile, car elle est gênée par la tendance qu'a le nourrisson de pousser d'une façon constante pendant l'examen. Par contre, le doigt explore facilement toutes les parois de l'ampoule qui viennent plus ou moins se mouler sur lui. Il peut même atteindre la charnière rectosigmoïdienne et l'on pourra reconnaître dans le premier âge un polype de l'extrémité inférieure du sigmoïde.

Nous n'insisterons pas sur les signes fournis par l'examen endoscopique. Deux points cependant méritent d'être mis en évidence : D'une part, la grande dificulté que l'on rencontre souvent à détecter le polype chez l'enfant : inséré sur la face supérieure d'une valvule, il peut échapper à une rectoscopie trop rapide. Beaucoup plus que chez l'adulte, il peut être difficile de voir un polype situé sur la face postérieure de l'ampoule au niveau de la concavité sacrée.

D'autre part, la tendance déjà signalée à l'invagination du sigmoïde dans le rectum fait encore plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte

prendre un polype sigmoïdien pour un polype de l'ampoule.

Ainsi, un polype visible à un premier examen peut être difficile ou impossible à retrouver lors des examens suivants, lorsque la tumeur a réintégré l'S iliaque. Cette particularité est suffisamment insolite pour mériter le nom que lui avait donné autrefois R. Bensaude de « polype

à éclipse ».

Deuxième particularité est la mise en évidence au cours de l'endoscopie d'un syndrome indirect d'une grande valeur : c'est la présence sur la muqueuse d'un dépôt purulent localisé et parfois relativement abondant. Nous l'avons vu, la suppuration du polype est fréquente et la sécrétion muco-purulente parfois très épaisse qui l'accompagne recouvre en même temps le polype et la muqueuse avoisinante. Ainsi, lorsqu'au cours d'une rectoscopie, on trouve un amas purulent reposant sur une muqueuse par ailleurs de coloration et d'aspect normaux, on peut être presque certain de l'existence d'un polype, que l'on cherchera à mettre en évidence.

Enfin, il n'est pas exceptionnel qu'au lieu du polype l'on ne trouve que le pédicule d'une tumeur qui s'est éliminée spontanément. Il s'agit d'une petite élevure rose, plus ou moins longue, recouverte de muqueuse normale. C'est là comme nous le verrons, un symptôme encore très particulier au polype de l'enfant, les polypes de l'adulte n'ayant que peu ten-

dance à s'éliminer spontanément.

Un dernier fait mérite d'être souligné. Il est assez fréquent qu'un examen rectosigmoïdoscopique soit négatif chez un enfant ayant présenté une hémorragie rectale. C'est ainsi que sur notre total de 397 enfants examinés, nous avons eu 56 examens rectoscopiques et radiologiques négatifs. Chez 9 de ces enfants, l'origine de l'hémorragie pouvait à la rigueur être attribuée à une poussée d'anite ; chez les 47 autres, les rectorragies étaient survenues chez des enfants en parfaite santé. Nous pensons qu'un grand nombre de ces hémorragies est lié à des polypes passés inaperçus et ceci pour plusieurs raisons :

— le polype est la plus fréquente des affections rectales de l'enfant, et c'est en même temps la cause la plus fréquente des pertes sanglantes;

— il est parfois difficile de mettre en évidence le polype rectal comme nous y avons insisté : l'élimination spontanée est l'évolution naturelle des polypes solitaires de l'enfant et, si parfois, la constatation d'un pédicule permet de faire un diagnostic rétrospectif, il est possible que cette lésion résiduelle puisse échapper, même s'il s'agit d'un examen bien conduit, surtout s'il s'agit d'un polype de petite taille.

Nous serons brefs sur les résultats de l'examen radiologique, qui offre chez l'enfant les mêmes difficultés que chez l'adulte. Même sur les clichés d'insufflation, la mise en évidence de la petite tumeur est extrêmement difficile et, lorsque l'on soupçonne un polype sigmoïdien, il est inutile d'insister sur l'importance de multiplier les examens.

Évolution et pronostic.

C'est surtout au point de vue évolutif que le polype de l'enfant se distingue de l'adénome solitaire de l'adulte. Contrairement à ce dernier, l'évolution naturelle du polype infantile se fait presque toujours vers la guérison par élimination spontanée. La durée de l'évolution est variable. Selon certains auteurs et en particulier Duhamel, elle pourrait être très longue et certains de ses malades auraient présenté des rectorragies depuis plusieurs années avant consultation. Cette éventualité nous paraît, quant à nous, exceptionnelle. La plupart des enfants que nous avons examinés saignaient depuis 2 ou 3 mois, 6 mois représentant une date limite.

L'élimination spontanée est due soit à la nécrose, soit à la rupture traumatique du pédicule au passage des matières. Cette rupture du pédicule détermine souvent une hémorragie assez importante. Assez souvent, on a la chance de retrouver la petite tumeur dans les fèces. Mais souvent le polype éliminé passe inaperçu et le diagnostic rétrospectif est fait au moment de la rectoscopie, qui montre la petite élevure rosée du pédicule resté en place.

Les récidives des polypes de l'enfant paraissent exceptionnelles. Par contre, les rechutes sont possibles et il n'est pas rare de voir 1, 2 ou 3 polypes successifs chez le même enfant, ces polypes successifs ne siégeant jamais à l'endroit exact du premier polype. On peut se demander d'ailleurs s'il s'agit de rechute vraie ou, tout simplement, de polypes multiples passés inapercus au premier examen.

On ne saurait mettre en doute cette évolution spontanée du polype vers la guérison et nous en voyons pour preuve la fréquence tout à fait exceptionnelle des polypes entre 2 et 6 ans, beaucoup plus rare au-delà de cet age et au fur et à mesure que l'on s'en éloigne.

Si le polype était une affection durable, nous pensons qu'au contraire il se rencontrerait avec une fréquence au moins égale au-delà de la puberté.

L'élément le plus important du pronostic est la question de la dégénérescence. Le polype de l'enfant peut-il dégénérer ? Cette éventualité est possible, mais elle est exceptionnelle. Roberti a fait des recherches bibliographiques très complètes à ce sujet et n'a trouvé dans la littérature mondiale que 6 cas de cancer de l'enfant pouvant être rapportés à la dégénérescence des polypes. Encore sur les 6 observations n'y en avait-il que 2 ou 3 où l'existence d'un compte rendu histologique complet permettait d'être absolument affirmatif.

Cette absence de dégénérescence, à elle seule, associée aux différentes notions que nous avons déjà mises en évidence, c'est-à-dire surtout la tendance naturelle à l'évolution vers la guérison, la fréquence de la surinfection et des écoulements purulents, la prédominance du polype avant l'âge de 6 ans pourraient à eux seuls faire suspecter la différence qui existe entre polype de l'enfant et polype de l'adulte. En fait, cette différence apparaît surtout à l'examen histologique.

Histologie.

Déjà R. Bensaude et P. Hillemand en 1933 avaient pour la première fois mis l'accent sur la structure particulière du polype de l'enfant et ils opposaient le polype « muqueux » de l'enfant à l'adénome de l'adulte. Cette structure particulière a été confirmée par Helwig, et depuis par tous les auteurs s'étant occupés de la question. Les seules différences tiennent dans l'interprétation des lésions.

Avec Tourneur et Dumuis, nous avons publié, en 1955, l'étude histologique de 44 polypes. Depuis cette date, le nombre de cas examinés dépasse de loin la centaine. Toutes les coupes montraient une structure identique.

Nous n'avons pas une seule fois observé d'adénome.

Les polypes de l'enfant sont histologiquement caractérisés par une hypertrophie dominante et parfois exclusive du chorion. Celui-ci est œdémateux, hyperhémique, hypervascularisé, infiltré de façon plus ou moins diffuse par des lymphoplasmocytes et des polynucléaires. Ces altérations prédominent à la périphérie du polype dont la surface est souvent érodée. Parfois, le polype n'est que cela et représente un simple granulome.

L'élément épithélial ne participe que peu à la formation du polype : les glandes de Lieberkühn sont rares, dispersées en éventail par le granulome, bordées d'un épithélioma normal ou hypersécrétant, jamais dédifférencié, atypique ou doué d'activité proliférative anormale. Les glandes sont parfois kystiques avec un contenu tantôt normal, tantôt franchement

purulent.

Cette description, que nous avons retrouvée sur plus de 100 cas, sans aucune exception, est discutée par certains auteurs. J. Duhamel, tout en soulignant l'importance de la réaction choriale et du caractère muco-sécrétant des cellules glandulaires, estime que l'on peut quelquefois rencontrer une hyperplasie glandulaire et que la réaction choriale peut exister en l'absence de réaction inflammatoire. On est loin cependant de l'adénome, dont le polype de l'enfant serait une variété un peu spéciale selon certains et notamment Helwig, Bacon, Broad et, plus récemment, J. Duhamel. La différence entre les deux types de tumeurs se manifeste sur le tableau suivant (tableau IV) :

Si le polype de l'enfant n'est pas un adénome banal, quelle est donc

sa nature?

Pour J. Duhamel et Nézelof, il s'agirait d'un adénome de type spécial, caractérisé par l'importance de l'hyperplasie choriale; certains polypes auraient une origine lymphoïde. Selon Turel également, il s'agirait d'un adénome atypique, mais cet auteur, tout en insistant sur le caractère histologique très particulier de l' « adénome juvénile » n'a pas donné

les raisons qui l'ont poussé à cette dénomination particulière pour le polype de l'enfant.

Selon Morson, histologiste de l'Hôpital Saint-Marc à Londres, le polype serait une anomalie congénitale de la muqueuse.

Lors de notre travail avec Tourneur, celui-ci avait été frappé par l'ana-

TABLEAU IV

	Polype de l'adulte	Polype de l'enfant
Architecture	Architecture tumorale, formée de tubes franchement anormaux, hypertro- phiés ou kystiques, dont les parois sont formées souvent de plusieurs assises de cellules. Ces tubes prennent fréquemment un	normale. A côté de tubes kystiques existent de nombreuses glandes normales. Jamais l'on ne constate de groupe-
	groupement villeux. Les cellules glandulaires sont souvent hautement dédifférenciées sombres, cubiques.	
Aspect des cellules	Les cellules à mucus peuvent manquer complètement. Il existe cependant un adénome à cellules claires. Dans ce cas, les cellules sont hypertrophiées et volumineuses.	
Chorion	Peu développé, ne présente aucune dif- férence avec le chorion de la mu- queuse normale, aucune lésion inflam- matoire.	bourré d'une infiltration inflamma-

logie frappante entre le polype de l'enfant et les formations pseudopolypoïdes inflammatoires, type Wechselman dans les rectites amibiennes ou les formes graves de rectocôlite hémorragique. La même analogie existe avec les pseudo-polypes muqueux des endo-cervicites hypertrophiques.

Aussi, Tourneur pensait et nous avons adopté son avis que les polypes de l'enfant sont des pseudo-polypes inflammatoires. Cette structure expliquerait le caractère évolutif si spécial des polypes de l'enfant.

Traitement.

Il n'y a rien de particulier à dire sur le traitement des polypes de l'enfant. Tous les auteurs sont d'accord pour en pratiquer l'exérèse par électrocoagulation. Nous utilisons presque toujours le serre-nœuds qui a l'avantage de permettre l'examen histologique de la lésion. Entre nos mains, cette intervention s'est toujours montrée bénigne et nous n'avons jamais eu d'incidents notables.

Le seul problème qui, à notre avis, se pose est la conduite à tenir en présence d'un polype sigmoïdien inaccessible par voie endoscopique. Dans ces cas, en effet, l'intervention comporte obligatoirement une laparotomie et la colotomie. Doit-on proposer systématiquement cette intervention?

Voulant rester logique avec nous-mêmes et pensant que le polype de l'enfant est une lésion particulièrement bénigne, nous croyons que l'on est en droit de s'abstenir de toute intervention sanglante et d'attendre l'évolution naturelle de la petite tumeur vers l'élimination spontanée. Il va sans dire que cette attitude n'est compatible qu'avec une surveillance attentive et que la persistance des hémorragies, leur fréquence, leur intensité, une évolution prolongée de plus d'un an peuvent être autant de raisons pour commander une décision opératoire, mais celle-ci ne saurait être systématique.

RÉSUMÉ

Le polype de l'enfant, affection rectale la plus fréquente à cet âge, diffère du polype de l'adulte, au point de vue étiologique par sa fréquence remarquable entre 2 et 6 ans, au point de vue symptomatique par sa tendance à prolaber en dehors de l'anus, au point de vue endoscopique par la fréquence de la constatation à sa surface d'exulcérations importantes et de plages de muco-pus à son voisinage immédiat, au point de vue évolutif par sa tendance à l'évolution spontanée vers la guérison.

Mais c'est surtout au point de vue histologique que la différence entre les 2 types de tumeurs est apparente : le polype solitaire de l'adulte est en effet un adénome, le polype de l'enfant présente des lésions à prédominance choriale, marquées par une infiltration lympho-plasmocytaire abondante avec des tubes architecturalement normaux, que l'auteur, avec Tourneur, considère comme présentant tous les caractères d'un granulome. Cette nature histologique explique que, contrairement au polype de l'adulte, le polype de l'enfant n'évolue pratiquement jamais vers la dégénérescence.

BIBLIOGRAPHIE

BACON. — Anus, rectum, sigmoïde, côlon, diagnostic et traitement, 11, 3º éd., 1949.
BENSAUDE (Alfred). — Évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. Thèse Paris, 1937.

BENSAUDE (Alfred). — Le pylore solitaire du rectum chez l'enfant. Journal des Praticiens, 11 soût 1949.

BENSAUDE (A.) et CHIGOT (P. L.). - Précis de Proctologie infantile. L'Expansion scien-

tifique, 1960. Carrière (R.). — Contribution à l'étude des affections ano-rectales de l'enfance. Étude statistique portant sur 397 cas. Thèse Paris, 1956.

DUHAMEL (J.). — Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant.

Masson, 1958.

Dumuis (R.). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des polypes solitaires

du rectum chez l'enfant. Thèse Paris, 1954.

HALL (G. H.). — Polypoid adenomas of rectum and colon in children. Lancet, 1950, 70.

Helwig. — Adénome du gros intestin chez l'enfant. American Journal of diseases of Children, 1946, 72. Kennedy (R.). — Polyps of the colon and rectum in infants and children. Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 1940, 15.

Schafino (S.). — The occurrence of proctologic disorders in infancy and childhood.

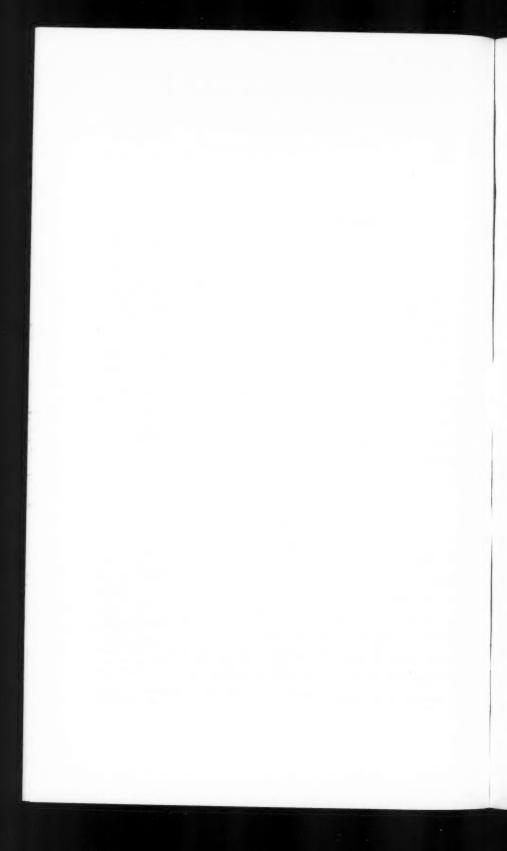
A statistical review of 2.700 cases. Gastroenterology, 15, août 1950.

SUMMARY

Recto-sigmoid polyps in children.

Polyps in children, the most frequent rectal affection at this stage, differ from polyps in adults, from the etiological point of view by their remarkable frequency between the ages of 2 and 6, from the symptomatic point of view by their tendency to project beyond the anus, from the endoscopic point of view by the frequency with which large scale exulcerations are found on their surface and areas of mucosal pus in their immediate vicinity, from the evolutionary point of view by their tendency towards spontaneous healing.

But it is from the histological point of view in particular that the difference between the two types of tumours becomes apparent: the single polyp found in the adult is in actual fact an adenoma, the polyp found in children is accompanied by lesions which are predominantly chorionic, marked by an abundant lympho-plasmocytary infiltration whilst the architecture of the tubes remains normal, which the author, together with Tourneur, considers shows all the characteristics of a granuloma. This histological characteristic explains why, unlike the polyp found in adults, polyps found in children practically never show signs of malignancy.



COMMUNICATIONS

A propos de 100 cas de lymphomes bénins du rectum,

Par M. IAN P. TODD (*)
(Londres)

Je voudrais tout d'abord remercier la Société Nationale Française de Proctologie de l'occasion qu'elle me donne de lui présenter cette courte communication, ainsi que de l'honneur et du plaisir de me trouver dans cette grande et belle capitale.

Au cours de ces vingt-deux dernières années, cent cas de lymphomes bénins du rectum et du canal anal ont été vus au Département de Pathologie de l'Hôpital Saint-Marc. Un rapport détaillé sera publié bientôt dans le Journal of Pathology and Bacteriology par Cornes et collaborateurs. Je voudrais pour ma part vous dire quelques mots de l'aspect clinique de ces cas.

Le terme lymphome bénin a été employé pour décrire une tumeur sessile ou polypeuse, qui paraît naître dans la sous-muqueuse et se trouve recouverte par de la peau anale ou de la muqueuse rectale. Elle est composée de tissus lymphoïdes hyperplasiques montrant une disposition folliculaire avec de grands centres germinatifs mais sans aucun sinus lymphatique ni capsule. Les mitoses sont fréquentes ; il peut y avoir un épaississement de la muscularis mucosæ, mais l'invasion de la muscularis propria est rare. L'épithélium sous-jacent peut être infiltré et une ulcération peut se produire.

Ĉes tumeurs sont légèrement plus fréquentes chez l'homme (56) que chez la femme (44) et sont trouvées principalement pendant les 3° et 4° décades de la vie, quoique pouvant exister à tout âge. Elles sont d'habitude uniques : 78, dans notre série, étaient solitaires, les autres multiples,

^(*) Chirurgien de l'Hôpital Saint Bartholomew et de l'Hôpital Saint Marc de Londres

atteignant un total de 143 spécimens. Le diamètre de la tumeur varie de 3/10 de millimètre à 3,8 cm, mais dans 79 p. 100 des cas il était inférieur à 1,5 cm.

Beaucoup de ces tumeurs sont asymptomatiques et sont découvertes lors d'un examen routinier pour quelque autre condition. Il y avait ainsi 34 cas d'hémorroïdes, 7 carcinomes rectaux, 3 fistules anales, 4 fissures et 1 paraffinome. 41 patients ne présentaient aucune affection associée et les symptômes les plus fréquents étaient hémorragie, prolapsus, douleur, ténesme.

Cette tumeur est souvent sessile et si elle est pédiculée, son pédicule contient du tissu lymphoïde. Elle est ferme, mobile, quelque peu lobulée, rarement sensible quoiqu'elle puisse s'ulcérer. La tranche de section est grise et divisée en lobules par du tissu fibreux. La numération sanguine est normale et aucune lymphadénopathie généralisée n'apparaît.

L'excision locale est un traitement adéquat et il semble que la tumeur puisse parfois disparaître spontanément. Ainsi des tumeurs ont disparu après résection incomplète. Dans 5 cas, des récidives se sont produites ou d'autres tumeurs sont apparues. Plus aucune récidive ne s'est manifestée après nouvelle résection. 35 patients de cette série ont été suivis pendant

plus de 5 ans.

La nature du lymphome bénin est incertaine, mais on considère d'habitude que son origine est inflammatoire et qu'il ne s'agit pas d'un vrai néoplasme. L'inflammation chronique du bas rectum peut causer l'accumulation de follicules lymphoïdes dans cette zone et la formation éventuelle d'une tumeur. Le lymphome bénin est généralement diagnostiqué par une biopsie rectale bien faite. Si le fragment réséqué est trop petit, la confusion peut se faire avec un lymphosarcome, car la structure folliculaire peut échapper. Cependant, la seule source vraisemblable d'erreur, quand toutes précautions ont été prises, est le lymphome folliculaire géant. Cette tumeur rare existe sous deux formes : la forme généralement solitaire, localisée le plus souvent dans la paroi du jéjunum ou de l'iléum. Seuls deux cas bien documentés ont été rapportés au niveau du côlon, aucun au niveau du rectum. La deuxième forme est celle d'une polypose lymphomateuse multiple de la totalité du tractus gastro-intestinal ; beaucoup de polypes peuvent être palpés et vus au niveau du rectum, ou démontrés radiographiquement. A l'histologie, les larges bandes de collagène qui entourent les follicules lymphoïdes du lymphome bénin ne peuvent être vues dans le lymphome folliculaire géant malin dans lequel, étrangement, les mitoses sont également rares.

DISCUSSION

M. P. HILLEMAND. — Mes chers collègues, je tiens à remercier le Dr Todd de sa très belle communication et, d'accord avec vous, le remercier d'avoir employé notre langue et le féliciter de l'aisance avec laquelle il l'emploie.

A propos de l'aspect morphologique des adénomes du recto-sigmoïde, de leur diagnostic macroscopique différentiel avec les épithéliomas polypoïdes, et de leur éventuelle transformation maligne,

Par Mme M. PARTURIER-ALBOT, M. J. BOULAY et Mme H. MIANSAROW

Beaucoup d'auteurs admettent que le polype bénin du rectum ou du sigmoïde dégénère très fréquemment en cancer ; en tout cas. pour eux, la plupart des cancers du rectum provient de la transformation épithéliomateuse des polypes bénins.

Cette opinion n'est pas admise par tout le monde. Quoi qu'il en soit, cette discussion soulève trois problèmes importants dans la pratique :

1° Peut-on par le seul aspect macroscopique d'une lésion avoir une indication sur la bénignité ou la malignité d'un polype rectal ?

2° Avec quelle fréquence les polypes bénins se transforment-ils en épithélioma ?

3° Quelle est la valeur des critères histologiques pour déceler précocement cette transformation épithéliomateuse des polypes bénins ?

I. — Depuis 10 ans, nous avons observé 275 cas de polypes suspects ou malins, et les résultats de notre expérience nous ont amenés à une conception qui n'est pas tout à fait conforme à la conception classique. Voici des photographies endoscopiques qui vous montreront la différence qui existe entre la lésion maligne et la lésion bénigne. Bien entendu, il n'est pas question de baser un diagnostic sur le seul aspect macroscopique. Rappelons en quelques mots ce que nous avons déjà publié à plusieurs reprises, à savoir que le polype bénin s'inscrit et s'implante sur une muqueuse saine alentour ; au contraire, la lésion maligne, l'épithélioma à forme polypoïde, s'inscrit dans une muqueuse dont les modifications sont très importantes. L'une de nous a décrit ces signes qui n'étaient pas connus jusqu'ici, et je vous les rappelle en quelques mols :

1º le chagrinage de la muqueuse,

2° l'hypervascularisation capillaire, 3° le boursouflement et l'œdème de la muqueuse avoisinante donnant un aspect de succulence,

4º une certaine attraction des plis vers la lésion,

5° le fait qui nous a paru le plus capital, l'existence d'un pli marginal bordant la lésion ; ce pli peut être régulier dans les lésions incipiens, il devient anarchique et sinueux lorsque la période d'état éclate : à ce moment-là on voit la lésion faire effraction au travers de ce pli et gagner la muqueuse saine avoisinante.

Nous venons de montrer que les modifications de la muqueuse ne se voient que dans les épithéliomas primitifs ; il semble donc que la seule macroscopie et surtout la photographie endoscopique qui grossit les images et permet de les étudier à loisir (avec notre prototype fabriqué par la Société Française d'Optique et de Mécanique) soient susceptibles d'apporter une aide non négligeable au diagnostic. Ceci n'avait jamais été dit, et mérite de l'être.

II. — QUELLE EST LA FRÉQUENCE AVEC LAQUELLE LES POLYPES BÉNINS SE TRANSFORMENT EN ÉPITHÉLIOMA. — Déjà, lors d'articles précédents nous avions dit que, à notre avis, les épithéliomas primitifs à forme polypoïde étaient plus fréquents que les polypes transformés ; ce qui ne veut pas dire que nous ne croyons pas à la transformation éventuelle d'un polype bénin du rectum. Une étude que nous avons poursuivie au Centre de Gastro-Entérologie de l'Hôtel-Dieu et au Centre de Dépistage des Tumeurs (1) sur la valeur des stigmates histologiques et le diagnostic de la transformation maligne d'un polype, nous a permis de faire une constatation surprenante : nous avons automatiquement considéré, non pas comme cancers mais comme suspects, les polypes qui présentaient, en un point, certaines anomalies bien connues telles que : une basophilie anormale des cellules des tubes, un certain degré de polystratification des cellules, des mitoses abondantes, et des noyaux inégaux ou irréguliers : ceci d'autant plus que les lésions localisées contrastaient avec les autres tubes.

Parmi les 275 malades que nous avons observés, un certain nombre a été soumis par prudence à une séance de radiothérapie de contact. Ces malades bien entendu ne figurent pas dans notre statistique des traitements des cancers rectaux par la radiothérapie de contact, ceci enlève tout intérêt à l'évolution ultérieure de ces cas, puisque même s'il s'était agi d'épithéliomas au début ils auraient très certainement été stérilisés, mais il s'est trouvé que beaucoup de malades avaient échappé à cette séance de radiothérapie de sécurité, soit qu'ils s'y soient refusés, soit que le siège un peu haut du polype ne l'ait pas permis, soit pour toute autre raison matérielle. Or, au cours de la révision de toutes nos coupes histologiques, nous avons concu quelque inquiétude au sujet de l'avenir de ces malades, inquiétude particulièrement forte pour certains chez lesquels les anomalies histologiques étaient spécialement marquées; et pourtant une enquête pratiquée avec beaucoup de soin nous a permis de constater qu'aucun de ces malades ne semblait avoir présenté d'évolution cancéreuse ultérieure. Les délais qui ont séparé la biopsie rectale et l'enquête évolutive s'étageaient sur 10 ans, 9 ans, etc., jusqu'à 3 mois. Ces résultats dont nous avons été les premiers surpris ne suffisent pas pour affirmer que le polype bénin du rectum ne présente pas un danger de transformation épithéliomateuse ; il serait cependant de nature à minimiser la fréquence de ces

⁽¹⁾ Nous avons fondé le Centre de dépistage des tumeurs digestives en 1937 avec notre Maître R.-A. Gutmann et Guy Albot.

transformations et à confirmer la première impression que l'une de nous avait déjà retirée de ces études antérieures.

III. — QUELLE EST LA VALEUR DES CRITÈRES HISTOLOGIQUES POUR DÉCELER PRÉCOCEMENT CETTE TRANSFORMATION ÉPITHÉLIOMATEUSE DES POLYPES BÉNINS. — Les faits qui précèdent nous incitent également à réviser nos conceptions sur les signes histologiques permettant de suspecter le début de cette transformation épithéliomateuse.

Il est bien entendu qu'on observe des cas d'épithélioma évident et de diagnostic facile, même si le cancer est strictement localisé à la muqueuse rectale. Nous voulons parler ici, soit d'épithéliomas primitifs, soit de polypes bénins transformés au niveau desquels on décèle des tubes glandulaires très anormaux de forme et de taille variables envahissant irrégulièrement le chorion et présentant les stigmates épithéliomateux classiques, notamment des monstruosités nucléaires évidentes et des mitoses multipolaires. Mais les choses sont beaucoup moins nettes lorsque l'on se trouve en présence d'aspects que l'on a l'habitude de considérer comme suspects, sans certitude de transformation épithéliomateuse. Ces aspects auxquels nous avons déjà fait allusion sans les décrire au début du chapitre précédent se présentent souvent de la façon suivante : sur une bonne partie de la préparation, les tubes glandulaires présentent un aspect adénomateux bénin avec des tubes parfois un peu dilatés, parfois hypercriniques et conservent en général des cellules riches en mucus ; mais en un point de la préparation et le plus souvent vers la superficie du polype, les cellules perdent leur potentiel mucipare, deviennent basophiles, parfois même elles se stratifient en plusieurs couches formant des nids de petites cellules foncées, mal orientées par rapport à la lumière et souvent mal limitées vers le chorion. C'est surtout au niveau de ces nappes de cellules polystratifiées ou encore au niveau des collets des glandes que l'on observe des anomalies nucléaires, pas assez caractérisées pour emporter le diagnostic d'épithélioma, mais suffisantes pour témoigner d'une évolutivité accrue et renforcer la crainte de la transformation. Dans un but de recherche nous avions même classé ces aspects en trois catégories : modérées, suspects et très suspects, et nous les avions étiquetés : groupe C, groupe B, groupe A.

Or, ce sont ces cas dont nous avons exposé les résultats évolutifs dans le paragraphe précédent et parmi lesquels l'absence de toute récidive nous a surpris. Ce fait mériterait d'être signalé et d'être vérifié sur un plus grand nombre de malades et pendant une évolution plus longue : on pourrait lui chercher deux explications :

- ou bien les malades porteurs de ces aspects suspects ont été observés pendant un temps insuffisamment long, et risquent d'évoluer vers la transformation épithéliomateuse dans l'avenir ;
- ou bien, au contraire, ces stigmates histologiques auxquels nous nous étions arrêtés n'ont pas la valeur de suspicion que nous leur avions attribuée initialement. On peut même se demander si la cause de ces modifications histologiques n'est pas tout simplement l'irritation mécanique de

la superficie des polypes par le bol fécal, ce qui expliquerait la localisation habituelle de ces anomalies histologiques à la périphérie des polypes : s'il en était ainsi, il conviendrait d'abord d'être plus exigeant sur les critères histologiques de suspicion ; enfin, il est également possible que le siège où a été fait le prélèvement doive être pris en considération : un même aspect pourrait peut-être être considéré comme plus suspect s'il est trouvé au niveau du pédicule du polype que s'il s'observe au niveau de la tête de celui-ci.

Il n'en reste pas moins que la transformation épithéliomateuse des polypes bénins du rectum ne nous a pas semblé aussi fréquente qu'il est classique de le dire.

Exérèse par voie basse, sous anesthésie générale, de polypes du sigmoïde apparemment inacessibles,

Par MM. E. PARNAUD et J. ARNOUS
(Paris)

En pratiquant une rectoscopie sous anesthésie générale a un malade qui allait être opéré par voie haute d'un polype sigmoïdien inaccessible à l'endoscopie standard, nous avons eu la surprise d'atteindre aisément la tumeur et d'en pratiquer facilement l'exérèse à l'anse diathermique.

Depuis nous avons eu l'occasion d'opérer de la même façon et chaque fois avec la même facilité plusieurs polypes sigmoïdiens que nous aurions, sans arrière-pensée, confiés au chirurgien.

Nous vous rapportons le fait tel que nous l'avons constaté et sans pouvoir l'expliquer clairement.

Nous signalons en effet que la position de nos malades, décubitus dorsal, cuisses hyperfléchies, n'est pas conforme aux directives habituellement admises pour favoriser la progression dans le sigmoïde.

Ceci dit, nous n'affirmons pas que tous les polypes sigmoïdiens sont accessibles sous anesthésie générale. Il est vraisemblable que des facteurs pathologiques : adhérences périviscérales ou compression extrinsèque puis-

sent empêcher le déroulement du sigmoïde, même sous anesthésie générale.

Nous pensons que tous les polypes accessibles ne sont pas justiciables de l'exérèse à l'anse diathermique; il faut réserver celle-ci à ceux qui sont pédiculés et dont l'implantation du pédicule est bien visible.

Ensîn le proctologue doit être rompu au maniement de l'anse diathermique et le matériel bien au point, ce qui n'est pas toujours le cas en salle d'opération. L'intensité du courant doit être suffisante pour assurer la section et l'hémostase, sans excès par crainte d'une escarre profonde dont la chute ferait courir le risque d'une perforation. Toutes les précautions seront prises pour éviter une explosion : en opérant sous azote et en évitant pour l'anesthésie générale le cyclopropane et l'éther.

Enfin, avec un recul raisonnable, il conviendra de contrôler radiologi-

quement la disparition du polype.

La durée de l'hospitalisation est beaucoup plus fonction de l'anesthésie générale que de l'acte opératoire lui-même. Il est souvent possible de la limiter à 24 ou 48 heures. Mais il ne faut pas hésiter à la prolonger si l'on garde un doute sur la profondeur de l'escarre.

En conclusion, on n'a rien à perdre dans les polypes sigmoïdiens inaccessibles à l'endoscopie standard à faire, sous anesthésie générale, une

nouvelle endoscopie avant de passer la main au chirurgien.

Dans 4 cas, nous avons pu atteindre la tumeur avec une facilité surprenante et en faire l'exérèse à l'anse diathermique. On évitera ainsi une intervention par voie haute qui, quelle que soit sa facilité, comporte beaucoup plus de risques.

Cette méthode mérite donc d'être connue et diffusée.

DISCUSSION

M. J. LOYGUE. — Il faut toute l'adresse d'Arnous et de Parnaud pour ne pas — en endoscopie et sous anesthésie générale — courir le risque d'une perforation. C'est là le grand danger de cette méthode et son inconvénient, sì elle se vulgarise.

A propos des polypes recto-sigmoïdiens de l'enfant,

Par M. JEAN DUHAMEL (Paris)

Nous tenons ici à apporter les résultats de notre expérience à l'Hôpital des Enfants-Malades. Nous avons examiné depuis près de 10 ans 280 enfants porteurs de polypes. Nous avons 200 examens histologiques

de polypes, tous opérés par nous-mêmes, qui ont été réétudiés récemment au point de vue histologique avec Nézelof. Nous sommes absolument d'accord, comme tous les auteurs, sur la nette prédominance de l'hypertrophie choriale. Mais nous considérons qu'il existe aussi une participation du secteur glandulaire. Les deux caractères en sont : l'hypertrophie glandulaire et l'inégalité glandulaire ; quelques glandes sont de taille normale. la plupart distendues par une sécrétion muqueuse exagérément abondante, quelques-unes rompues. Notons que la réaction inflammatoire du chorion se concentre autour des ruptures glandulaires, au voisinage des ulcérations fréquentes, sinon constantes de l'épithélium de surface, lesquelles mettent à nu le chorion du polype. En ce qui concerne la répartition suivant l'âge, nous croyons trouver, là aussi, un argument qui fait entrer le polype de l'enfant dans le cadre d'ensemble des adénomes rectosigmoïdiens. En effet, toutes les statistiques s'accordent à reconnaître la prédominance masculine des polypes de l'enfant. Sur notre statistique de 280 enfants examinés avec J.-P. Bader, nous trouvons 60 p. 100 de garcons contre 40 p. 100 de filles.

Nous retrouvons ici des chiffres analogues à ceux que l'on a observés aux différents âges de la vie. Stemmler : 60 hommes atteints pour 40 femmes ; Feyrter : 57,8 p. 100 d'hommes pour 42,2 p. 100 de femmes. Notons qu'il existe la même proportion dans la répartition suivant le sexe pour le cancer du rectum.

Nous nous sommes particulièrement intéressés à étudier la genèse, les étapes évolutives de la vie du polype.

En ce qui concerne sa naissance, les polypes sont très rares avant l'âge de deux ans et tout à fait exceptionnels avant l'âge d'un an. Mais il y a des exceptions, puisque nous notons, sur nos 280 cas, 3 cas observés (respectivement à 10 mois, 11 mois et 12 mois).

Dans les observations où il y a plusieurs polypes juxtaposés, on voit souvent des polypes d'âges différents et parfois des polypes très jeunes. Ces polypes jeunes sont sessiles, roses, clairs, parfois jaunâtres et n'ont pas du tout la surface ulcérée et saignante des polypes évolués.

Sur 280 cas, nous avons noté 9 cas de polypes pouvant être considérés comme stude de début. Dans 6 de ces 9 cas, l'aspect histologique était cependant l'aspect habituel des polypes de l'enfant que nous avons signalés plus haut; dans 3 cas, l'aspect était différent. C'est-à-dire qu'on notait un aspect non inflammatoire ou très peu inflammatoire, l'absence de polynucléaires, la présence exclusive de lymphocytes et de plasmocytes, une inégalité glandulaire moins marquée. Cependant, l'épithélium était déjà muco-sécrétant à tendance kystique, l'hyperplasie du chorion étant plus marquée que chez l'adulte.

En ce qui concerne les causes des polypes de l'enfant, la recherche des inclusions virales a été faite systématiquement par Nézelof. Dans aucun cas celles-ci n'ont été retrouvées.

Le rôle des tuméfactions lymphoïdes de la muqueuse rectosigmoïdienne nous semble par contre devoir être relevé. Il est fréquent de voir, au voisinage des polypes, des tuméfactions lymphoïdes qui sont des petites papules translucides, au nombre d'environ 3 à 6 par centimètre carré, ombiliquées, d'environ 1/2 à 1 mm de diamètre. Ces tuméfactions sont, chez le sujet normal, à peine visibles ou même non visibles ; elles sont susceptibles de s'hypertrophier en cas de côlite, de rhino-pharyngite, de maladies infectieuses, l'hyperplasie diffuse de tout le système lymphoïde étant bien fréquente à cet âge de la vie.

On peut se demander, vu la fréquence d'association des polypes de l'enfant et des tuméfactions lymphoïdes, si un nodule lymphoïde ne peut être à l'origine d'un polype. Sous une influence non déterminée, ce nodule lymphoïde s'hypertrophierait. On peut imaginer que par réaction la muqueuse qui le recouvre s'hyperplasie, que certaines glandes s'hypertrophient en kyste et se rompent dans le chorion. Cette irruption de mucus ou toute autre cause pourrait déclencher l'inflammation puis l'infection du chorion. Bien entendu, tout ceci reste hypothétique et nous nous efforçons actuellement de recueillir des observations pour essayer d'apporter de nouveaux fondements à cette hypothèse.

A propos du pouvoir polypogène chez l'enfant, quelques faits méritent d'être précisés :

- Il ne s'agit pas d'un accident fortuit dû à une anomalie localisée de la paroi, puisque dans un quart des cas les polypes sont multiples et situés parfois à distance les uns des autres. Il existe une aptitude diffuse de toute la surface de la muqueuse rectosigmoïdienne à faire des polypes.
- La récidive au même point d'un polype spontanément tombé ou détruit par une thérapeutique est, à notre avis, exceptionnelle, sinon inexistante.
- Par contre, certains polypes laissés en place peuvent persister et nous citons un cas d'un enfant de 12 ans porteur d'un polype solitaire. La famille refuse l'opération. Revu à l'âge de 16 ans, le polype est toujours en place, au même endroit.

En ce qui concerne le devenir des polypes, différents facteurs peuvent provoquer à la longue la destruction ou la chute du polype : arrachement du polype par un processus mécanique, nécrose par ischémie (nous avons parfois noté l'existence d'escarres noirâtres à la surface), fonte purulente, hémorragie intrapolypoïde.

Presque tous les polypes de l'enfant semblent devoir disparaître sponlanément. Y a-t-il des exceptions? Le problème de la persistance d'un polype de l'enfant jusqu'à l'âge de l'adolescence ou de l'adulte est un problème très difficile à apprécier, car il est de règle d'enlever systématiquement tout polype de l'enfant et l'on se prive ainsi de l'observation ultérieure. Le cas de l'enfant de 16 ans signalé plus haut est un cas troublant.

En prenant le problème par son autre perspective, c'est-à-dire chez l'adulte, on n'est guère plus avancé car les polypes de l'adulte saignent moins et attirent moins facilement l'attention. Or ces polypes sont rares

chez le jeune adulte. Sur 65 cas d'une statistique personnelle, nous notons ; 58 cas observés entre 40 et 80 ans, 2 cas observés entre l'âge de 30 ans et 40 ans, 5 cas observés entre 23 ans et 30 ans, aucun cas avant 23 ans. Or, dans les 5 observations entre 23 ans et 30 ans, il est frappant de noter que quatre fois on note des signes ou des antécédents de rectite ou de dysenterie (trois fois amibienne).

Ainsi nous pensons que les polypes sont très rares chez l'adolescent et le jeune adulte et que, quand ils s'observent il s'agit presque uniquement de polypes secondaires à une rectocôlite amibienne ou autre, polypes en général inflammatoires, ne comportant guère de potentiel malin et très différents des types de polypes que l'on observe habituellement après

40 ans.

(Hôpital des Enfants-Malades, Paris).

Polyposes coliques et polypes disséminés : les cas litigieux,

Par MM. J.-J. DUBARRY, J. TOURNERIE, Ét. DUBARRY et J. DAYDREIN (Bordeaux)

Nous nous proposons d'apporter quelques arguments en faveur du diagnostic de polypose dans les cas litigieux où existent, constatés rectoscopiquement, quelques polypes sans qu'on puisse dire a priori s'il s'agit de polypes disséminés localisés au segment terminal du gros intestin ou d'une véritable polypose généralisée.

Il est admis que les polypes de l'enfant ont une structure différente de celle de l'adulte : chez l'enfant, la réaction du chorion est plus importante que l'adénomatose, et incite certains auteurs à considérer ces polypes

de l'enfant comme de faux polypes, des polypes inflammatoires.

Nous avons publié à la Société de Gastro-Entérologie du Sud Ouest (in Arch. Mal. App. Dig., 47, n° 9, septembre 1958, pp. 1031-1036) le cas d'un enfant de 11 ans que nous avons fait opérer pour une polypose rectocolique familiale. Or, histologiquement, il s'agissait d'une polyadénomatose semblable à celle observée chez l'adulte et non du type histologique communément observé dans l'enfance.

La rectocolectomie totale chez cet enfant de 11 ans que nous avions proposée avait été acceptée sans difficulté par la famille car le père avait été colectomisé pour un cancer du côlon et le frère aîné était mort à 15 ans de carcinose péritonéale secondaire à une polypose rectocolique pour laquelle un an auparavant le père s'était opposé à la colectomie proposée.

La notion d'antécédents familiaux de cancer de l'intestin et plus encore

de polypose chez des consanguins, à rechercher minutieusement, a une plus grosse importance en faveur de la polypose que le nombre des polypes visibles au rectoscope. On ne peut compter sur la radiologie : le diagnostic radiologique de polypose est souvent très difficile quand les polypes ne sont pas nombreux au point d'être tassés les uns contre les autres donnant une image en dentelle après évacuation partielle et insufflation, ou quand il n'y a pas de gros polypes. Dans tous les cas rencontrés, c'est rectoscopiquement que nous avons porté le diagnostic ; mais lorsque nous n'avons vu que plusieurs polypes disséminés, c'est cette notion d'autres cas dans la famille qui nous a fait conclure à une polypose.

Également, du fait d'associations lésionnelles éventuelles, on peut accorder dans des cas litigieux la plus grande valeur à l'existence, chez le porteur de polypes, mais aussi chez des consanguins, de certaines de ces lésions associées, même en l'absence, chez ces derniers, de polypes intestinaux :

— soit des tumeurs mésenchymateuses superficielles, fibromes, lipomes, tumeurs mixtes, ou des ostéomes le plus souvent du maxillaire inférieur, ou encore des tumeurs ectodermiques telles que des kystes épidermoïdes ou des kystes sébacés (Osfield); toutes ces variétés de tumeurs associées à une polypose rectocolique constituant le syndrome dit de Gardner (1951).

Mais 40 ans avant Gardner, Devic et Bussy ont publié une observation avec autopsie minutieuse de polypose intestinale diffuse, les polypose étant particulièrement denses au niveau du jéjunum, associés à toutes les variétés de tumeurs mésenchymateuses et ectodermiques observées dans le syndrome de Gardner, ainsi qu'à un adénome thyroïdien et à un adénome cortico-surrénalien.

Le syndrome de Gardner paraît donc une forme incomplète de cette association lésionnelle observée par Devic, plus extensive au point de vue digestif, puisque, comme dans la maladie de Peutz, la polypose intéresse tout l'intestin, et plus extensive en ce qui concerne les tumeurs des autres tissus puisque l'endocrinium lui-même est intéressé. Aussi croyons-nous bon de proposer la dénomination de syndrome de Devic-Gardner à l'association à des polypes digestifs d'autres tumeurs habituellement mais non nécessairement bénignes, nées aux dépens de tissus embryogéniquement différents de l'entoderme dont dérive le tissu épithélial;

— soit une lentiginose périorificielle de Touraine, dont l'association à des polypes qui peuvent intéresser le grêle et même l'estomac, constitue le syndrome de Peutz; cette polypose diffuse a un potentiel de cancérisation bien moindre que la polypose rectocolique.

Certes la polypose rectocolique peut s'accompagner d'autres associations lésionnelles telles que l'infantilisme ou l'hippocratisme digital. Mais il est vraisemblable qu'elles ne relèvent pas d'une pathogénie génétique comme ces associations tumorales envisagées plus haut.

C'est du reste dans le même cadre de l'hérédité dominante régulière unigénique qu'entrent la polypose rectocolique et le syndrome dit de Gardner ainsi que nous avons pu le confirmer avec nos collaborateurs J. Duhamel et G. Berthon, du moins en ce qui concerne la polypose recto-

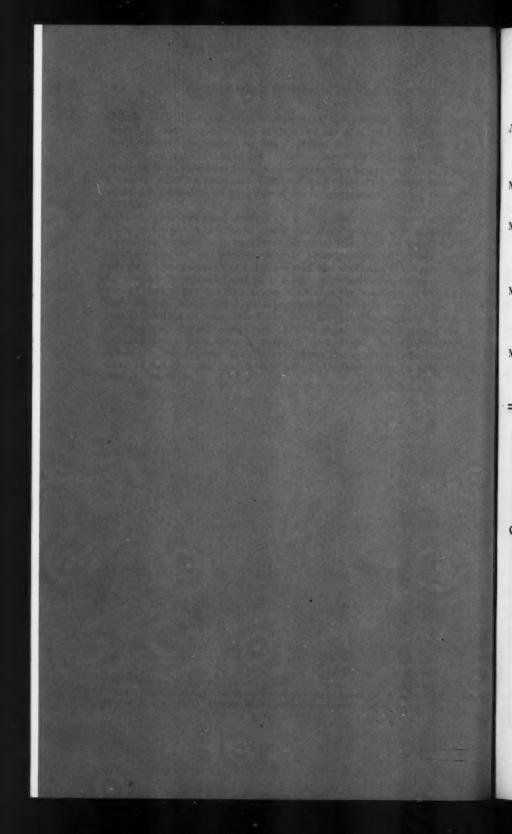
colique, et d'après nos propres recherches après étude de 36 cas américains que nous avons colligés et de notre cas personnel de syndrome de Devic-Gardner, confirmant en cela l'opinion de Gardner. Cet auteur avait en effet, en 1953, souligné les caractères génétiques du syndrome après étude des deux premières familles observées, l'une comportant 5 cas, l'autre 6 cas, un septième dans cette famille dont 51 membres ont été examinés, ayant des anomalies du squelette et des tumeurs sous-cutanées, mais sans

polypose.

Ainsi, alors que dans certains cas le diagnostic de polypose intestinale s'impose lorsque le rectoscope montre un véritable « tapis de haute laine » de polypes, comme nous l'avons vu plusieurs fois, dans de nombreux cas, la dissémination des polypes dans le rectosigmoïde ne permet pas de trancher entre polypes isolés qui peuvent être multiples et polypose vraie. Le contexte lésionnel, d'une part, à rechercher minutieusement non seulement chez le porteur des polypes mais chez ses consanguins et, d'autre part, l'aspect histologique adénomateux d'un polype biopsié chez l'enfant permettent de faire cette distinction. Elle est d'importance, en raison de l'apparition quasi obligatoire chez les sujets encore jeunes d'un ou de plusieurs cancers dans la polypose rectocolique, la cancérisation ne survenant malgré tout dans les polyposes du syndrome de Peutz que dans 20 pour 100 des cas, et étant loin d'être fatale dans les polypes disséminés du côlon.

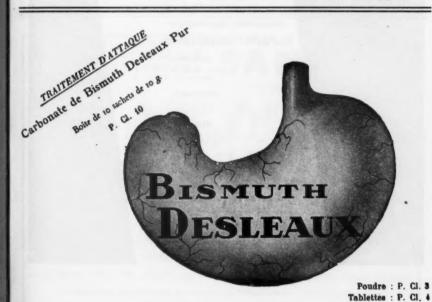
Le Gérant : G. MASSON.





SOMMAIRE DU Nº 6 - JUIN 1961

Nécrologie. — M. François Moutier (1881-1961)	593
Mémoires originaux :	
MM. Cl. Richir, A. Lambling, J. Hewitt, J. Cassard et J. Mombet. — Quelques remarques sur la topographie du pylore normal. Corrélations anatomo-radiologiques	597
M .J. Toulet La collaboration médico-anatomo-pathologique dans le	608
Documents radiologiques :	
M. J. Toulet. — Tumeur bénigne hétérotopique de la petite courbure prépylorique	620
Documents biologiques :	
MM. L. René, AM. Bouland et C. Justin. — Étude biologique d'ulcus duo- dénaux traités par vagotomie associée à une intervention sauvegardant le circuit duodénal. Comparaison avec les résultats cliniques	627
(Voir suite du sommaire page 3).	,



PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL

LABORATOIRE LANCOSME- 19, Rue Alein-Chartler Paris (139) TEL VAU. 41-62

vitaminothérapie B12 orale rénovée

indications:

toutes celles de la vitamine B12

sorbitol VITAMINE B 12 Delalande

M

M

MI

absorption intégrale grâce au transporteur physiologique:

sorbitol Delalande

Composition / Sorbitol Delalande | 5 g Vitamine B12 | 25 ¥

Présentation

Ampoules buvables de 16 ml Boites de 20

Posologie

2 ampoules par jour à prendre diluées dans un peu d'eau au début des repas Enfants : demi-doses Remboursé par la Sécurité Sociale

Libellez votre prescription :

sorbitel B12 à 25 % Delalande

LABORATOIRES DELALANDE 16, rue Henri Regnault COURBEVOIE (Seine)

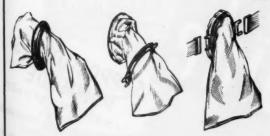


SOMMAIRE

MM. J. Trémolières, S. Bonfils et J. Cros. — L'irrigation d'acide lactique. Traitement des fistules cutanéo-digestives avec sécrétion tryptique et auto-digestion pariétale.	636
Documents cliniques :	
MM. J. Gastard et H. Forget. — Un cas de distension aiguë de l'estomac avec perforation spontanée et syndrome hémorragique	646
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie : Séance du 10 avril 1961.	
MM. P. HILLEMAND, E. Chérigié et M. Fortier-Beaulieu. — Les aspects radiologiques de l'intestin grêle au cours des cholécystites chroniques.	652
MM. Ignacio de Larrechea, Adolfo Schapira, Manuel M. Ramos Медіа et Victorino d'Alotto. — Les signes radiologiques du syndrome de mal-	052
absorption	656
M. G. ÉDELMANN. — L'iléus alimentaire chez les gastrectomisés	657

APPAREIL POUR SANILIAC

BREVETÉ S. G. D. G.



- SIMPLE

(Voir suite du sommaire page 4).

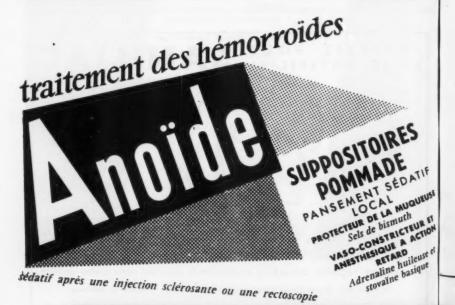
- HYGIÉNIQUE
- EFFICACE
- TOLÉRANCE PARFAITE
- Équipé avec poches en polyéthylène jetables après usage, enveloppant et protégeant entièrement l'anneau-support.
- Ceinture réglable, adhérence et étanchéité assurées sans aucun collage.
 En vente chez les principaux Bandagistes et Orthopédistes Notice sur demande

PORGES - FABRICANT, 25, QUAI ANATOLE-FRANCE - PARIS

SOMMAIRE

4

M. G. Cabanié. — Nécessité d'un remembrement des infections interstitielles aiguës et chroniques de l'anus	661
MM. JL. LORTAT-JACOB et JN. MAILLARD. — Notes de séméiologie spléno- portographique à propos des thromboses de la veine splénique	663
MM. M. Garbay, E. Lévy, Soulier et J. Loygue. — Les résultats de la corti- cothérapie et sa place dans le traitement de la pancréatite aiguë hémor- ragique	668
MM. J. GASTARD, P. CHAPUIS et JP. FERRIER. — Lipome du grêle et syndrome de l'anse borgne (A propos d'une observation)	683
MM. P. TAVEAU, JL. RICHIER et M ^{11e} M. Th. Boguais. — Hémorragie digestive_grave consécutive à l'absorption prolongée d'aspirine.	689
Analyses	697
Dans les pages de tête :	
Bibliographie	(



LABORATOIRE M. LACHARTRE - 10 RUE DE CÎTEAUX - PARIS TO

TRANSITOL

ASSURE LE TRANSIT INTESTINAL

SANS PURGATIF SANS FUITES ANALES



... RÉGULARISE LA FONCTION

EN RÉÉDUQUANT L'ORGANE...

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

GELÉE P. cl. 6

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ORGANES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ŒSOPHAGE

Divers (suite).

- Baumgärtel (T.) et Doerfier (J.). Erfahrungen mit der Coli-Implantationstherapie beim sogenannten gastrocardialen Symptomenkomplex. Med. Klin., t. 54, n° 50, 11 décembre 1959, pp. 2258-2261, bibliogr.
- Biano (F.) et Lazzarini (L.). Considerazioni su alcuni casi di ernia dello hiatus esofageo. Min. med., t. 50, nº 80, 6 octobre 1959, pp. 3164-3168, bibliogr.
- Boros (Edwin). The role of gastric reflux in hearburn and diseases of the esophagus. Am. J. Gastroenterol., t. 32, n° 5, novembre 1959, pp. 629-635, bibliogr.

- Bost (Jack). Déclenchement de l'antipêristal. tisme œsophagien chez le mouton. J. Physiol., t. 51, n° 3, mai-juin 1959, pp. 415-416, bibliogr.
- Bernstein (Lionel M.), Fruin (Robert C.) et Gorvett (Edmund). An esophagogastroscope for visualization of blind areas. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 17-19, 5 fig., référ.
- Brandborg (L. L.), Rubin (G. E.) et Quinton (W. E.). A multipurpose instrument for suction biopsy of the esophagus, stomach, small bowel and colon. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 1-16, 19 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Botha (G. S. M.). Organogenesis and growth of the gastroesophageal region in man. Anat. Rec., t. 133, no 2, février 1959, pp. 219-239, 8 fig., bibliogr.

TRAITEMENT SCLÉROSANT DES HÉMORROÏDES PAR INJECTIONS DE

KINURÉA H TERRIAL

LABORATOIRES DU D' DUMESNY



44, rue de Lagny MONTREUIL (Seine)

TECHNIQUES SUR DEMANDE

A.M.G. Remboursé S.S. P Classe 3

un nouveau traitement de l'athérosclérose par voie orale

sitostérol

Bêta - Sitostérol Delalande

améliore l'index clinique d'athérosclérose de Clœtens

abaisse le taux :

- du cholestérol
- des bêta-lipoprotéines
- du rapport bêta/alpha

indications préférentielles :

états athéromateux avec hypercholestérolémie supérieure à 3 g.

présentation :

granulé de goût agréable boîte de 35 gr.

posologie :

1 cuillerée à café avant chacun des deux principaux repas, pendant 1 mois

Croquer à sec. avaler ensuite 1/2 verre d'eau

Remboursé par la Sécurité Sociale P Classe 18



Laboratoires Delalande, 16, rue Henri Regnault - Courbevoie Seine

7

PATHOLOGIE DIGESTIVE

Divers.

- Browne (Donovan C.), Bargen (J. Arnold), Neefe (John R.) et coll. Panel discussion on functional disturbances of the gastrointestinal tract. Am. J. Gastroenter., t. 32, n° 3, septembre 1959, pp. 265-290.
- Brown (Charles H.), Glasser (Otto) et Kurt (Edward J.). Radioactive fat absorption and clinical response of sprue to steroid therapy. Gastroenterology. t. 36. n° 6, 1959, pp. 760-769, 7 fig., bibliogr.
- Brody (Melvin) et Bachrach (William H.).
 Antacids. I. Comparative biochemical and
 economic considerations. Am. J. dig. Dis.,
 1. 4, n° 6, juin 1959, pp. 435-460, 1 fig.,
 10 tabl., bibliogr. : 101 référ.
- Brette (R.) et Grandmottet (P.). La corticothérapie dans les affections du tube digestif et des glandes annexes. J. Méd. Lyon, t. 40, nº 949, 20 juillet 1958, pp. 635-642, bibliogr., discuss.
- Boulard (Cl.) et Pietri (H.). A propos d'un cas de syndrome de Banti exploré par splénoportographie : le double aspect morphologique et fonctionnel de cette méthode d'étude de la circulation veineuse splanch-

nique. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, t. **75**, nºº 14-15, 24 avril 1959, pp. 458-467, 6 fig.

- Bonnet (J.-L.). Hypertension portale d'origine splénique. Progr. méd., t. 87, nº 11, 10 juin 1959, pp. 219-220.
- Blohm (Thomas R.) et MacKenzie (Robert D.). Specific inhibition of cholesterol biosynthesis by a synthetic compound (MER-29). Arch. Bioch. and Biophys., t. 85, no 1, novembre 1959, pp. 245-259, 1 tabl., bibliogr.
- Boulvin (R.). La symphyse parenchymateuse splénorénale, nouvelle dérivation porto-cave dans le syndrome d'hypertension portale par bloc intrahépatique. Acta gastr.-enter. beig., t. 22, nº 5, mai 1959, pp. 277-281, 2 fig., référ.
- Brooke (B. N.) et Cooke (W. T.). Surgical aspects of the malabsorption syndrome. Surg. Clin. N. Am., t. 39, nº 5, octobre 1959, pp. 1243-1251, bibliogr.
- Binet (Léon), Marquis (M.) et Quivy (D.). Hyperlipémies expérimentales et acide thioctique. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, p. 403, référ.

DOCTEUR,

Il ne suffit pas de prescrire des extraits pancréatiques pour être assuré de leur efficacité......

PANCREAL KIRCHNER

garantit à vos malades

Une opothérapie pancréatique pure, suractivée par des ferments digestifs (diastases), inaltérable par le suc gastrique, d'efficacité maxima.

- Indications: Insuffisance pancréatique externe Troubles dyspeptiques en général Gastrites hypo- ou hyperchlorhydriques Ulcère gastro-duodénal État saburral des voies digestives Troubles digestifs par assimilation défectueuse Vomissements de la grossesse Gastro-entérites Fermentations intestinales Anaphylaxie digestive Lendemains de Gastrectomies Gastro-entérostomies.
- Posologie : 3-4 comprimés après repas.

Catégorie B des Assurances Sociales P. cl. 3

Laboratoires du Dr KIRCHNER — STRASBOURG (Bas-Rhin)
Bureaux et services d'expédition : 24 bis, rue de Verdun — STRASBOURG

Littérature et échantillon sur demande

- Ulcères gastro-duodénaux
- Gastrites et duodénites
 - Spasmes du pylore
- Dyspepsie nerveuse

ROTER

Comprimés

ROTER

LABORATOIRES SEPROTHER
5, Bd des Acacias
TOULON (Var)

Pathologie digestive. Divers (suite).

- Bauman (John W.), Hill (R.), Nejad (N. S.) et coll. Effect of bovine pituitary growth hormone on hepatic cholesterogenesis of hypophysectomized rats. Endocrinol., t. 65, no 1, juillet 1959, pp. 73-79, 2 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Arcos Perez (M.) et Barbieri (Marta). Manifestaciones digestivas de las enfermedades del colágeno. Rev. clín. esp., t. 73, nº 2, 30 avril 1959, pp. 116-124, 23 fig., bibliogr.
- Appleby (Lyon H.). Indwelling common duct tubes. J. intern. Coll. Surgeons, t. 31, nº 6, juin 1959, pp. 631-643, 7 fig., 3 tabl., référ.
- Aird (Ian). The association between the ABO blood groups and gastro-intestinal disease. Gastroenterologia, t. 92, nos 17-18, 1959, pp. 95-99, bibliogr.
- Ammann (Rudolf W.). Die primären histologischen Veränderungen der Enteritis regionalis. Méd. et Hyg., t. 47, nº ¼11, 30 septembre 1959, p. 514.
- Aceves Zubieta (Felipe Alfonso). La cara posterior del abdomen desde el punto de vista de la Clínica den Vientre (Tema de anatomía clínica). Cirug. y Ciruj., t. 27, nº 6, juin 1959, pp. 267-282.
- Pena Trevino (Raul). Comentario al trabajo: La cara posterior del abdomen. Cirug. y Ciruj., t. 27, nº 6, juin 1959, pp. 283-285.
- Aulong (J.), Hugonot et Julien. Un cas de lymphangiome kystique à localisation abdominale chez un enfant de γ ans. Maroc méd., t. 38, nº 4ογ, avril 1959, pp. 649-651.
- Aboudaram (Paul). Cholestérolémie. Docum. méd., t. 4, nº 37, septembre 1959, pp. 22-23.
- Auriol (Mile M.) et Papillan (V. V.). Métastases viscérales des épithéliomas du carre-

- four aéro-digestif (base de la langue, larynx et hypopharynx). Bull. Assoc. fr. Etude Cancer, A. 50, t. 46, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 17-33, 5 fig., 7 tabl., bibliogr.
- Barbier (Pierre). Les enzymes pancréatiques et biliaires dans le traitement des insuffisances digestives. Rev. Path. gén., t. 59, nº 711, octobre 1959, pp. 1085-1090, discuss.
- Barnes (J. Peyton). An improved common duct dilator. Surg., t. 46, no 3, septembre 1959, pp. 513-515, 2 fig., référ.
- Barborka (Clifford J.). The challenge to the physician of tomorrow. Gastroenterology, t. 37, no 2, août 1959, pp. 133-137.
- Billen (Daniel). Alterations in the radiosensitivity of Escherichia coli through modification of cellular macromolecular components. Biochim. et Biophys. Acta, 1. 36, no 1, juillet 1959, pp. 110-116, 2 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Bay (Ricardo). Consideraciones generales sobre las infecciones por enterococos. Prensa méd. arg., t. 46, nº 1, 2 janvier 1959, pp. 76-80, bibliogr.
- Baumgartner (W.). Echinococcus alveolaris der Leber. Klin. Med., t. 44, nº 10, octobre 1959, pp. 455-458, discuss.
- Beck (J. Walter), Saavedra (Diego), Antell (Gunnard J.) et coll. The treatment of ringworm infections in humans (enterobiasis) with pyrvinium chloride and pyrvinium pamoate. Am. J. trop. Med. and Hyg., t. 8, no 5, mai 1959, pp. 349-352, 2 tabl., référ.
- Bearn (J. G.) et Pilkington (T. R. E.). Organs palpable in the normal adult abdomen. Lancet, no 7096, 29 août 1959, pp. 212-213, bibliogr.

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES * COQUELUCHE STAPHYLOCOCCIES

ROVAMYCINE

(5337 R. P. - SPIRAMYCINE)

L'Antibiotique de sécurité de la pratique courante

Société Parisienne d'Expansion Chimique "SPECIA", Marques RHÔNE-POULENC - 28, Cours Albert 1° - PARIS-8°

BACILLUS BIFIDUS LYOPHILISÉS
D'UNE EXTRAORDINAIRE VITALITÉ,
GÉNÉTIQUEMENT ANTIBIORÉSISTANTS
PERMETTANT LE RÉENSEMENCEMENT
DE L'INTESTIN EN 48 HEURES.

prophylaxi

affections gastro-intestinales
colibacillose
troubles de croissance des enfants
privés de lait maternel
prophylaxie et troubles de .l'antibiothérapie

LYO-BIFIDUS

ingérer 1/2 à 2 ampoules par jour.

BIFIDIGÈNE

son association avec le LYO-BIFIDUS, pendant et apres la cure, consolidera les résultats obtenus.

LABORATOIRES ETIENNE, 12, RUE DE LA MONTAGNE-SAINTE-GENEVIÈVE, PARIS V

Pathologie digestive. Divers (suite).

Beckmann (Robert). Kohlenhydratstoffwechsel, erhalten der Fructose-L, 6-diphosphat spaltenden Aldolase im Serum und funktionsbedingter Wachstumswandel der Leber beim Neugeborenen und jungen Säugling. Wchschr. Kinderheilk., t. 407, n° 5, mai 1959, pp. 258-362, 1 fig., bibliogr.

Belbenoit (S.). Réflexions sur la laparoscopie et la radiologie du pneumopéritoine. Sem. Hôp., t. 35, nº 47, 12 juin 1959, pp. 1992-1997, 3 fig., référ.

Bertrand (J.). La corticothérapie en pathologie digestive. N. Engl. J. Med., t. 261, n° 22, 26 novembre 1959, pp. 764-771, bibl. méthod. : 86 référ.

Bella (S. di). Assorbimento intestinale dei monosaccaridi. Min. med., t. 50, nº 49, 20 juin 1959, pp. 2030-2035, 1 fig., 7 tabl., bibliogr.

Bella (S. di). Assorbimento intestinale di steroli. Min. med., t. 50, nº 55, 11 juillet 1959, pp. 2269-2273, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.

Benacerraf (B.), Sebestyen (Martha M.) et

Schlossman (Stuart). A quantitative study of the kinetic of blood clearance of P.32-labelled Escherichia coli and staphylococci by the reticulo-endothelial system. J. exp. Med., t. 110, no 1, 1er juillet 1959, pp. 27-48, 8 fig., 6 tabl., bibliogr.

Bessis (M.) et Garoli (J.). A comparative study of hemochromatosis by electron microscopy. Gastroenterology, t. 37, n° 5, novembre 1959, pp. 538-549, 8 fig., 1 tabl., bibliogr.

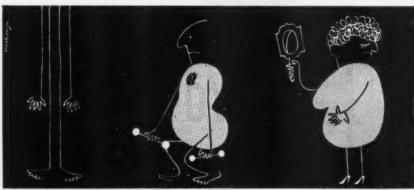
PANCRÉAS

Divers.

Blümel (G.) et Piza (F.). Experimentelles zur Frage der Pankreasdiagnostik. Zbl. Chir., 1. 84, no 36, pp. 1449-1462, 10 fig., bibliogr.

Bloxsom (Allan Penny). A new screening test for fibrocystic disease of the pancreas. J. Labor. and Clin. Med., t. 54, no 1, juillet 1959, pp. 139-140, I tabl., refer.

Anderson (G. S.) et Brown (D. A. Peebles). A case of hydatic cyst of the pancreas. Brit. J. Surg., t. 47, nº 202, 15 octobre 1959, pp. 147-149, 6 fig., bibliogr.



ptose

relachement musculaire

obésité-éventration

Tous fatigués...

.....tous justiciables de BERNARDON

ceintures Sulva - gaines Sulvafle>
une gamme complète de modèles
parfaitement adaptés à chaque cas.
sur mesures - esthétiques

BERNARDON

18, Rue de la Pépinière - Paris-8° Tél. LAB, 16-86 et 17-35

CATALOGUE DÉTAILLÉ A VOTRE DISPOSITION

NOVISMUTH





Remboursé par la S.S. A. M. G. et collectivités

10 » : 24,00 NF

Boite de 5 sachets de 10 gr. : 4,68 NF » 10 » 10 » : 9,17 NF » 30 » 10 » : 24,00 NF

LABORATOIRES POINTET & GIRARD . 30, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

Pancréas. Divers (suite).

- Aqvist (Stig E. G.) et Anfinson (Christian B.). The isolation and characterization of ribonuclease from sheep pancreas. J. Biol. Chem., t. 234, no 5, mai 1959, pp. 1112-1117, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Antila (Lassi). Annular pancreas. Ann. chir. gynæcol. Fenn., t. 48, nº 2, 1959, pp. 197-202, 3 fig., bibliogr.
- Arcomano (Joseph P.), Barnett (James C.) et Immerman (Lewis L.). Orabilex: a new cholecystocholangiographic medium. Its use in visualizing the nonvisualized gallbladder and in oral cholangiography. Am. J. dig. Dis., t. 4, n° 6, juin 1959, pp. 466-478, 7 fig., t tabl., bibliogr.
- Bachrach (William H.) et Grossman (Morton I.). The medical management of acute and chronic pancreatitis. Med. Clin. N. Am., t. 43, nº 4, juillet 1959, pp. 1101-1118, bibliogr. : 68 référ.
- Bencosme (Sergio A.). Studies on the terminal autonomic nervous system with special reference to the pancreatic islets. Labor. Innest., t. 8, no 3, mai-juin 1959, pp. 629-646, 31 fig., bibliogr.

- Borsy (J.), Csak (A.), Lazar (I.) et coll. Pharmacological actions of pancreatic elastase. Acta physiol. Acad. Sc. hungar., t. 15, no 4, 1959, pp. 345-362, 13 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Bersi (Sergio). Considerazioni su di un caso di pancreas accessorio digiunale. Arch. « de Vecchi ». t. 29, nº 2, juin 1959, pp. 437-454, 8 fig., bibliogr.
- Birnstingl (Martin). A study of pancreatography. Brit. J. Surg., t. 47, n° 202, septembre 1959, pp. 128-139, 16 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Bouskela-Swerling (Mme Phyllis). Les cytostéatonécroses sous-cutanées et les modifications vasculo-sanguines au cours des affections pancréatiques. Th. méd. Paris, 1959, 843 [Univ.]. Paris, R. Vézin, s. d., 1959, in-8° ronéot., 48 p., tabl. (10 juillet 1959).
- Bressan (Paulo G.) et Obscardin (Moacyr). Cistes do pâncreas. Anais paul. Med. e Cir., t. 77, nº 3, mars 1959, pp. 179-185, 1 fig., bibliogr.
- Blandy (John P.), Hamblen (David I.) et Kerr (W. F.). Isolated injury of the pancreas from non-penetrating abdominal trauma. Brit. J. Surg., t. 47, no 202, 15 octobre 1959, pp. 150-155, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.

DIGESTION

du pain et des féculents fermentations et gaz gastro-intestinaux « Colites droites » Dyspesse salivaire ou pancréatique » Maladies par cerence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES

2 Formes

Comprimés - Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER 10, rue Clapeyron - Paris (8°) MASSON et Cie, éd., 120, Bd St-Germain PARIS-6e

LES DESTINS

DE LA VIE ET DE L'HOMME

CONTROVERSES PAR LETTRES SUR DES THÈMES BIOLOGIQUES

par

H. LABORIT P. MORAND

Un volume de 250 p. (16.5×22) . 20 NF



foie,

voies biliaires.

voies digestives.

hypercholestérolémie,

équilibre de

la nutrition

LES EAUX

VICHY-ÉTAT

COMPLEXE MINERAL NATUREL

a jeun et aux repas

VICHY-CELESTINS

le matin à jeun et avant les repas VICHY-HOPITAL VICHY-GRANDE-GRILLE



Cure à l'Établissement Thermal de Vichy de Mai à Octobre

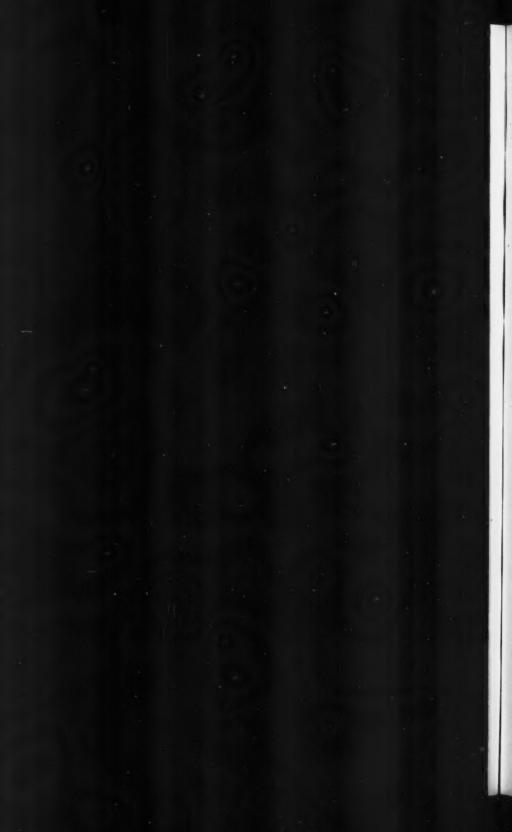
HYDROTHÉRAPIE - THERMOTHÉRAPIE

FANGOTHÉRAPIE

MÉCANOTHÉRAPIE - ÉLECTRO-RADIOLOGIE

SERVICE D'ESTHÉTIQUE





Pancréas. Divers (suite).

Bradbeer (J. W.). An unusual foregut anomaly. An extragastric pouch communicating with the pancreatic duct. Brit. J. Surg., t. 46, no 200, mai 1959, pp. 603-605, 3 fig., bibliogr.

Brambor (Karl-Heinz). Korrespondierende Erkrankungen von Magen, Galle und Pankreas. Bruns Beitr. z. klin. Chir., t. 190, n° 3, 1959, pp. 277-281, bibliogr.

Pancréatites aiguës.

Bernard (Adolphe). Etude du sang dans la pancréatile aiguë : à propos d'une observation. J. Sc. méd. Lille, t. 77, nºº 6'-7, juinjuillet 1959, pp. 318-330, 1 fig., bibliogr.

Bernard (A.) et Delattre (A.). Le retentissement de la pancréatite aiguë sur le grand épiploon. J. Sc. méd. Lille, t. 77, nºa 6-7, juin-juillet 1959, pp. 331-341, 8 fig., bibliogr.

Bernard (Adolphe), Delattre (Rntoine) et Lamelin (Pierre). Recherches expérimentales sur le rôle de la trypsine dans la pancréatile aiguë. J. Sc. méd. Lille, t. 77, nºs 6-7, juin-juillet 1959, pp. 293-307, 10 fig., bibliogr.

Bernard (Adolphe), Delattre (Antoine) et Lamelin (Pierre). Le rôle de l'histamine dans la genèse de certains des symptômes de la pancréatite aiguë. J. Sc. méd. Lille, t. 17, nºs 6-7, juin-juillet 1959, pp. 307-318, bibliogr.

Bernard (Adolphe). Le couple trypsine-histamine dans la pancréatite aiguë. Presse méd., t. 67, n° 29, 13 juin 1959, pp. 1207-1209, 4 fig., bibliogr.

Beisel (William R.), Herndon (E. G.) jr., Myers (John E.) jr. et coll. Acute renal failure as a complication of acute pancreatitis. A. M. A. Arch. int. Mcd., t. 104, n° 5, octobre 1959, pp. 539-543, 1 fig., bibliogr.

Pancréatites chroniques.

Bernard (A.), Lugez (A.), Toison (Guy) et coll. Pancréatite récidivante et hypoglycémie. J. Sc. méd. Lille, t. 77, n°s 6-7, juinjuillet 1959, pp. 341-346, 1 fig.



Adrian

S/N.BISMUTH EXTRA-LEGER ADRIAN

CARBONATE BISMUTH ADRIAN 100%

SILISMUTH

Bismuth

- 1) S N BISMUT,H extro-leger ADRIAN Sachets de 5 g Grand Modéle
- 2) CARBONATE BISMUTH 100 " Sachets de 5 g Grand Models
- Sachets de 18 g Srand Modele



1

A

Bo

Bo

Ag

Pancréatites chroniques (suite).

Aulang (I.). Le traitement chirurgical des kystes du pancréas. Écho méd. Céven., t. 60, nº 3, mars 1959, pp. 1-11.

Azevedo Antunes (Pauol de). Enfermedades crônicas de pâncreas. Anais paul. e Cir., t. 77, nº 3, mars 1959, pp. 175-177.

Cancer du pancréas.

Bowden (Lemuel) et Papanicolaou (George N.). Exfoliated pancreatic cancer cells in the duct of Wirsung. *Ann. Surg.*, t. **450**, n° 2, août 1959, pp. 296-298, 1 tabl., bibliogr.

Chirurgie du pancréas.

Bourgeon (R.) et Catalano (H.). La place de la kyslo-gastrostomie dans le traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Afr. fr. chir., t. 47, n° 1, janvier-février 1959, pp. 1-7, 8 fig., bibliogr.

Agid (René) et Mialhe (Pierre). Glucides et lipides hépatiques chez le rat pancréatectomisé totalement et maintenu à un niveau glycémique normal. C. R. Acad. Sc., t. 346,

nº 21, 25 mai 1959, pp. 3036-3038, 1 tabl., référ.

Agid (R.) et Mialhe (P.). Action du Nembutal sur les glucides du foie chez le rat normal, pancréatectomisé « totalement », ou surrénalectomisé. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, p. 384.

Ahlberg (Ake). Silk ligature as a cause of choledocholithiasis after cholecystectomy. Acta chir. scand., t. 118, n° 1, 25 novembre 1959, pp. 22-24, 1 fig., bibliogr.

Anton (V.). Contribución al estudio de la acción hipoglucemiante de las hidrazidas del ácido isonicotínico en perros normales, aloxanizados y pancreoprivos. Rev. esp. Fisiol., t. 15, nº 2, juin 1959, pp. 91-96, 1 pl. h. t., bibliogr.

FOIE

Divers.

Beher (William T.) et Baker (Gizella D.). Build-up and regression in inhibitory effects of cholic acid on in vivo liver cholesterol synthesis. Proc. Soc. exp. Biol. and Med., L. 404, no 2, juin 1959, pp. 214-217, 5 tabl., bibliogr.





antibiotique + | Octiflore

LABORATOIRES FRANÇAIS DE THÉRAPEUTIQUE, 3, set coussis - sousceus



A

Agg

Foie. Divers (suite).

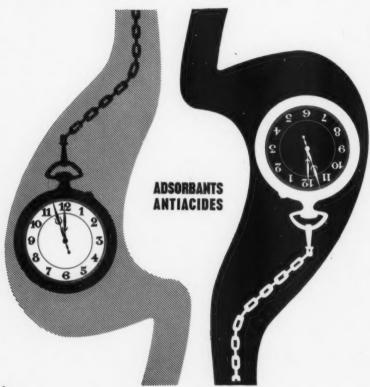
- Adant (M.), Potvliège (P.), Herman (J.-H.) et coll. Les modifications de la protéinémie, de la cholestérolémie et des facteurs de coagulation sanguine dans l'ischémie hépatique chronique du chien. Rev. belge Path. et Méd. exp., t. 26, n° 6, décembre 1958, pp. 382-397, 2 fig., 8 tabl., référ.
- Brauer (R. W.), Holloway (R. J.) et Leong (G. F.). Changes in liver function and structure due to experimental passive congestion under controlled hepatic vein pressures. Am. J. Physiol., t. 197. n° 3, septembre 1959, pp. 681-692, 10 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Aguilar Alvarez (José) et Alamilla (G. Guillermo). Concepto actual de la hipertensión portal. Indicaciones quirúrgicas, técnica y resultados. Cirugía y Ciruj., t. 27, nº 3, mars 1959, pp. 89-104, 9 fig., référ.
- Bollum (F. J.) et Van Porter (R.), Nucleic acid metabolism in regenerating rat liver. VI. Soluble enzymes which convert thymidine to thymidine phosphates and DNA. Cancer Res., t. 19, no 5, juin 1959, pp. 561-565, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Albano (0.) et Benvestito (V.). Descrizione di un micro-ago senza aspirazione per la puntura-biopsia epatica. Min. med., t. 50, nº 82, 13 octobre 1959, pp. 3258-3260, 3 fig., bibliogr.
- Aguirre (P.), Dieudonné (P.) et Tardieu (P.). Étude clinique sur l'action de l'extrait de foie lyophilisé. Bull. trim. Soc. méd. Pays basque, t. 12, nº 40, 2° trim. 1959, pp. 69-110, 27 tabl.
- Alexandrinis (K.), Gocovinis (C.) et Tsigalidou (V.). Syndrome de Budd-Chiari et polycythémie vraie. Rev. intern. Hépatol., t. 9, n° 3, 1959, pp. 293-299, bibliogr.

- Albeaux-Fernet (M.) et Romani (J.-D.). Le rôle du foie dans le métabolisme intermédiaire des hormones sexuelles ovariennes : estrogènes et progestérone. Rev. intern. Hépatol., 1. 9, nº 4, 1959, pp. 359-370, 4 fig., bibliogr.
- Anjuère (Jean). Un nouveau test fonctionnel hépatique, l'épreuve au Lugol. Étude critique de sa valeur sur 59 cas. Th. méd. Paris, 1959, 937 [État], in-fo multigr., 62 p., 5 tabl. (1er décembre 1959).
- Bloch-Laîné (J.-J.). Sur un cas d'abcès du foie. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 4, 17 avril 1959, pp. 89-90.
- Browning (Louis D.) jr., Clauss (Roy H.) et MacFee (William F.). Aneurysm of the hepatic artery. Ann. Surg., t. 150, n° 2, août 1959, pp. 320-326, 4 fig., bibliogr.
- Brown (George), Zoidis (John) et Spring (Maxwell). Hepatic damage during chlorproparide therapy. J. A. M. A., t. 470, n° 17, 22 août 1959, pp. 2085-2088, bibliogr.
- Allen (J. Barrott), Dawson (Donald), Sayman (Wynn A.) et coll. Blood transfusions and serum hepatitis: use of monochloro-acetate as an antibacterial agent in plasma. Ann. Surg., t. 150, no 3, septembre 1959, pp. 455-468, 1 fig., 7 tabl., bibliogr., discuss.
- Anzures (L. Ma. Elena). Amibiasis hepática. Rev. Gastroenter. México, t. 24, nº 139, janvier-février 1959, pp. 36-48, 3 fig.
- Aronson (Alan R.) et Montgomery (Max M.). Chronic liver disease with a « Lupus erythematosus-like syndrome ». A. M. A. Arch. int. Med., t. 404, no 4, octobre 1959, pp. 544-552, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.

MEDICAMENT DU POIE UN CACHET D'UNE AMPOULE BUNAELE
S.A.R.E.P. Laboratoires KROTOFF - 70, rue Torabus Noville

gelusil lacté

TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX ET
PRÉVENTION DES CRISES DOULOUREUSES NOCTURNES
Bolte de 10 sachets-dose P. Cl. 5 Remboursé S.S. et Art. 115



CHEVALIER



gelusil

MÉDICATION AMBULATOIRE DES GASTROPATHIES

Boltes de 50 et 100 comprimés P. Cl. 2 et 4 Remboursé G.S. et agréé à l'A. M. G. et aux collectivités.

LABORATOIRES SUBSTANTIA SURESNES (SEINE) BROD GELSON

Foie. Divers (suite).

- Aschkenasy (A.) et Wellers (G.). Rôle des cortico-surrénales dans l'action hépato-anabolisante des acides aminés soufrés et dans la synthèse du glutathion hépatique. Ann. Endocrinol., t. 20, n° 2, mars-avril 1959, pp 90-110, 3 fig., 4 tabl., bibliogr., 58 référ.
- Aterman (K.) et Darlington (D.). A re-examination of the effect of vitamin B_{12} concentrate on the hepatic injury produced by carbon tetrachloride. Brit. J. Nutrit., t. 13, n° 2, 1959, pp. 168-177, 7 tabl., bibliogr.
- Bourgeon (R.), Raffi (A.), Gatalano (H.) et coll. Coarctation de la veine cave inférieure rétrohépatique par hypertrophie du lobe de Spiegel. Péd., t. 14, n° 7, 1959, pp. 761-765.
- Baier (Helmut). Über die Chininoxydase im Serum bei Erkrankungen der Leber. Dtsch. med. Wehschr., t. 84, no 29, 17 juillet 1959, pp. 1308-1312, 5 fig., 7 tabl., bibliogr.
- Bagnena Candela (R.) et Forteza Bover (G.). La electroforesis en pepel de las proteinas, lipopreteinas y glicoproteinas sericas en las hepatopatias. Rev. clin. esp., t. 73, nº 1, 15 avril 1959, pp. 21-35, 5 fig., 8 tabl., bibliogr.
- Beigelman (Paul M.) et Onoprienko (Ilarion S.) Insulin-like effects of serum albumin and globulin fractions on glucose uptake by rat epididymal adipose tissue. Diabetes, t. 8, nº 6, novembre-décembre 1959, pp. 438-441, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Baerl (Juan M.) et Gabuxda (George J.) jr. Metabolic effects of glutamate and arginine administration and protein restriction in patients with liver disease. Gastroenterol., 1. 37, no 5, novembre 1959, pp. 617-636, 4 fig., 3 tabl., bibliogr., 54 référ.
- Beher (William T.), Anthony (William L.) et Baker (Gizella D.). Influence of bile acids on cholesterol metabolism in the Mouse. Proc. Soc. exp. Biol., t. 402, n° 2, novembre 1959, pp. 317-319, 3 tabl., bibliogr.

Exploration fonctionnelle.

- Aufses (Arthur H.) jr., Schaffner (Fenton), Rosenthal (William S.) et coll. Portal venous pressure in « pipestem » fibrosis of the liver due to schistosomiasis. Am. J. Med., t. 27, nº 5, novembre 1959, pp. 907-810, 3 fig., bibliogr.
- Bendiscioli (G.). La reazione dell'acido cloroanilico per lo studio della funzionalità epa-

- tica. Osped. magg., t. 47, nº 6, juin 1959, pp. 275-280, 4 tabl., bibliogr.
- Benenzon (Raul) et Selsi (Tito H.). Prueba del « prontosil soluble » en el estudio del funcionalismo hepatico. Prensa méd. arg., t. 46, nº 1, 2 janvier 1959, pp. 54-56, 1 fig., référ.

ESTOMAC. DUODÉNUM

Divers.

- Lacuire (Gl.). Autres affections gastriques.

 Rev. Prat., t. 9, n° spécial, 25 décembre 1959, pp. 3684-3696, 52 fig.
- Alriq (Henri). La syphilis gastrique. Ses critères cliniques, radiologiques, gastroscopiques. Th. méd. Paris, 1959, 1039 [État], in-4° multigr., 44 p., 8 fig. en 2 pl. h. t. (22 décembre 1959).
- Amberg (John R.), Gipson (Edgar N.), Margulis (Alexander R.) et coll. Yield of gastric carcinoma from radiologic screening. Gastroenterology, t. 36, n* 6, juin 1959, pp. 796-800, 3 tabl., bibliogr.
- Andreoli (L.). Prime osservazioni su un nuovo mezzo diagnostico atto a saggiare l'acidità gastrica senza sondaggio. Min. mcd., t. 50, nº 55, 11 juillet 1959, pp. 2283-2287, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Battaglia (Salvatore) et Masini (Tina). I carcinomi gastrici spontanei del topo (Contributo casistico e rivista della letterature). Biol. lal., t. 12, nº 3, juillet-septembre 1959, pp. 437-449, 8 fig., bibliogr.
- Bertelli (A.), Coppi (F.) et Mezzasalma (G.). Modificazioni indotte da alcuni corticoidi surrenalici sulla secrezione gastrica nel ratto. Atti Soc. lomb. Sc. med.-biol., t. 44, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 29-30, 2 tabl., référ.
- Baccaredda-Boy (A.), Cheli (R.), Dodero (M.) et coll. Données biopsiques, endoscopiques, radiologiques, sécrétoires et bactérioscopiques de l'estomac au cours de la lèpre lépromateuse. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nºa 9-10, septembre-octobre 1959, pp. 527-535, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Benedict (Edward B.). Gastritis: a plea for rational nomenclature based on pathologic findings. Gastroenterology, t. 37, n° 2, août 1959, pp. 215-216, bibliogr.
- Bertelli (A.), Coppi (F.) et Mexzasalma (G.). Azione della reserpina, deserpidina e rescinnamina sulla secrezione gastrico nel ratto. Atti Soc. lomb. Sc. med.-biol., t. 14, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 31-32, 1 tabl., bibliogr.

l à 2 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS de

PREFAGYL

dans un 1/2 verre d'eau

DYSPEPSIES — GASTRITES

AÉROPHAGIE — ÉTATS NAUSÉEUX

STASE ALIMENTAIRE — HÉPATISME

P. cl. 2

Laboratoire U P S A - AGEN (L.-&-G.)

PARIS (17°) - 37, rue des Acacias



24

Bir

Bla h h h Bra sc J.

Bra Ca Ba

Brei m ac t.

Brez me aci t. pp

Bren tal dar aci ma

her from and lium no bib

Estomac. Duodénum. Divers (suite).

- Bilski (Ryszard) et Œbrink (Karl Johan). Quantitative aspects of the elimination of neutral violet by the stomach. Acta physiol. scand., t. 46, nº 1, 28 mai 1959, pp. 52-54, 7 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Binet (Jean). Les troubles glycémiques au cours des cancers gastriques. Th. méd. Lyon, 1959, 104 [État], in-4º ronéot., 67 p., 14 pl. h. t. (10 juillet 1959).
- Birnbaum (D.) et Menczel (J.). ABO bloodgroup distribution in ulcerative and malignant diseases of the gastrointestinal tract. Incidence in three communal groups in Israel. Gastroenterology, t. 37, nº 2, août 1959, pp. 210-213, 3 tabl., bibliogr.
- Blanshard (Gerald), Cohen (Arthur I.), Arabehety (Julian) et coll. Gastric secretory activity in mice and rats with transplanted hormone secreting adrenocortical tumors. Endocrinology, t. 64, no 6, juin 1959, pp. 1032-1037, 4 tabl., bibliogr.
- Branco Ribeiro (Eurico). Considerações sõbre 299 casos de câncer do estômago. J. intern. Coll. Surg., t. 32, nº 3, septembre 1959, pp. 324-332, 8 tabl.
- Branco Ribeiro (Eurico) et Lordy (Garmo). Cânoer gástrico limitado á camada mucosa. Bol. Sanat. São Lucas, t. 20, nº 12, juin 1959, pp. 179-184, 2 fig.
- Bremer (A.). Contribution à l'étude des mécanismes de stimulation de la sécrétion acide de l'estomac. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 2, août 1959, pp. 389-442, 8 fig., 2 tabl. (à suivre).
- Bremer (A.). Contribution à l'étude des mécanismes de stimulation de la sécrétion acide de l'estomac. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nºa 9-10, septembre-octobre 1959, pp. 467-526, 17 fig., bibliogr. (suite et fin).
- Bremer (Antoine). Recherches expérimentales sur le rôle de la muqueuse antrale dans la phase céphalique de la sécrétion acide de l'estomac. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, pp. 419-420, bibliogr.
- Brown (Earlene). The in vitro inhibition of hepatic catalase by boiled aqueous extracts from a human carcinoma of the stomach and human non malignant stomach epithelium. Arch. Biochem. and Biophys., t. 82, n° 2, juin 1959, pp. 335-339, I tabl., bibliogr.

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Traitement médical.

- Aslan (Ana), David (G.), Nicolae (D.) et coll. L'aspect de la maladie ulcéreuse et les résultats thérapeutiques par décades d'âge. Inform. méd. Roum., t. 3, n° 2, avril-juin 1959, pp. 94-95, bibliogr.
- Banche (M.) et Muratore (F.). I flavoni nella terapia degli stati flogistico-ulcerativi gastroduodenali. Min. med., t. 50, nº 94, 25 novembre 1959, pp. 3802-3815, 20 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Bonfils (5.), Richir (Gl.), Potet (F.) et coll.

 « Ulcère » expérimental de contrainte du
 rat blanc. II. Anatomo-pathologie des
 lésions gastriques et de différentes lésions
 viscérales. Évolution des ulcérations après
 cessation de la contrainte. Rev. fr. Ét. clin.
 et biol., t. 4, n° 9, novembre 1959, pp. 888894, 7 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Blasiis (M. de). Su alcuni moderni criteri di terapia dell'ulcera gastroduodenale. Min. med., t. 50, n° 38, 12 mai 1959, pp. 1439-1444, 7 fig., bibliogr.
- Boquien (Y.). Deux ulcères angulaires ayant régressé d'une façon semblable quoique inégale après traitement d'épreuve et présentant des aspects radiologiques similaires, l'un histologiquement bénin et l'autre histologiquement malin. Presse méd., t. 67, nº 56, 28 novembe 1959, p. vu, 4 fig. (Confront. radio-anat.-clin.).

Ictères par hépatites.

- Benhamou (Jean-Pierre). Diététique des hépatites aiguës. Vie méd., t. 40, nº 12, décembre 1959, p. 1135.
- Arias (Irwin M.). Recent progress in the understanding of bilirubin metabolism and jaundice. N. Y. St. J. Med., t. 59, n° 20, 15 octobre 1959, pp. 3759-3771, 5 fig., r tabl., bibliogr., discuss.
- Alsever (John B.). The blood bank and homologous serum jaundice. A review of medicolegal considerations. N. Engl. J. Med., t. 261, n° 8, 20 août 1959, pp. 383-386, bibliogr.
- Balcells-Gorina (A.) et Pérez Sandoval (D.). Las transaminasas del suero en las hepatopatías. Med. clín., A. 47, t. 33, nº 2, août 1959, pp. 91-98, 1 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Beer (Daniel T.) et Schaffner (Fenton). Fatal jaundice after administration of beta-phenylisopropylhydrazine. J. A. M. A., t. 171, no 7, 17 octobre 1959, pp. 887-889, 2 fig., bibliogr.

Dans les troubles

HÉPATO-VÉSICULAIRES

Dyskinébyl

Nouveau corps chimique de synthèse qui est à la fois cholérétique et spasmolytique



INNOCUITÉ ABSOLUE

Dyskinésies biliaires

Hypertonies avec stase vésiculaire

Spasmes douloureux hépato-vésiculaires

Troubles digestifs

Céphalées, Nausées

d'origine hépato-bilia

Hypercholestérolémies

50 gouttes 2 à 3 fois par jour dans un peu d'eau sucrée avant chaque repas.



Prix classe 4 Remboursé S. S., A. M. G. et Collectivité: Echantillons et Littérature sur demande

Belt m ta t. bi

Berrada et 200 Blit: Ge PI

Brock
Diagonal Market M

Broco Du nit me (fin

Bour ma 195

Berr A.) me no bib

et cyl t.

Bord mir ren ing 195



Ictères par hépatites (suite).

- Beltran (B. Francisco). Experiencia en el manejo quirúrgico de la ictericia en le lactante. Bol. méd. Hosp. infant. (México), t. 16, nº 4, 1º août 1959, pp. 401-408, fig., bibliogr.
- Bernard (St.) et Vic-Dupont. De la chirurgio dans certains ictères dits médicaux. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 1, 20 mars-17 avril 1959, pp. 73-79, discuss.
- Blitz (Oscar). Infectious hepatitis. Am. J. Gastroenterology, t. 32, n° 2, août 1959, pp. 163-181, discuss.

Traitement chirurgical.

- Brooks (John R.) et Moore (Francis D.). Duodenal ulcer: the present status of definitive surgery; the selection and management of patients undergoing operation. N. Engl. J. Med., t. 260, n° 20, 14 mai 1959, pp. 1018-1025, bibliogr., 145 référ. (à suivre).
- Brooks (John R.) et Moore (Francis D.). Duodenal ulcer: the present status of definitive surgery; the selection and management of patients undergoing operation. N. Engl. J. Med., t. 260, n° 21, 21 mai 1959, pp. 1069-1076, bibliogr. (à suivre).
- Brooks (John R.) et Moore (Francis D.). Duodenal ulcer: the present status of definitive surgery; the selection and management of patients undergoing operation (fin). N. Engl. J. Med., t. 280, n° 22, 28 mai 1959, pp. 1124-1130, bibliogr., 199-258 référ.
- Bourgeois (Roland). Les ulcères de l'estomac. Santé d'abord, t. 8, nº 81, juillet-août 1959, pp. 13-18, 1 fig.
- Berry (Robert E. L.) et Schmidt (Lewis A.) III. The surgical and nonsurgical treatment of gastric ulcer. Arch. Surg., t. 97, n° 2, août 1959, pp. 326-332, 4 fig., 4 tabl., bibliogr.

Perforation gastrique.

Beau (A.), Neimann (N.), Lascombes (G.) et coll. Perforations digestives par cortancyl chez l'enfant. Rev. méd. Nancy, A. 80, t. 84, juillet 1959, pp. 693-699.

Hémorragies gastriques.

Bordin (Edward H.). Blood ammonia determination as a diagnostic tool in the differentiation of upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 457-459, r fig., bibliogr.

- Breuzard (J.). Comment je soigne une hématémèse. Guide Prat., t. 11, nº 5, mai 1959, pp. 503-506.
- Brietenecker (Rudiger). Fatal gastrointestinal hemorrhage due to chronic relapsing pancreatitis. Report of two cases: one with abscess and one with pseudocyst formation. N. Engl. J. Med., t. 260, no 23, 4 juin 1959, pp. 1167-1169, 4 fig., bibliogr.
- Bandler (Martin) et Desjardins (Jay A.). Bleeding duodenal ulcer. Study of one hundred sixty-two patients with particular reference to pain, seasonal incidence, and blood groups. J. A. M. A., t. 471, nº 18, 28 juillet 1959, pp. 2174-2177, 5 tabl., bibliogr.
- Bobbio (Antonio). Linee direttive de la terapia delle emorragie dell'apparato digerente. Min. chir., t. 14, nº 19, 15 octobre 1959, pp. 1179-1183.
- Bert (J.-M.). Données étiologiques et thérapeutiques sur les hémorragies digestives. Mont. méd., A. 102, t. 55, n° 6, 1959, pp. 545-556.

CIRRHOSES

- B[ickel] (G.). Le traitement diététique de la cirrhose hépatique. Méd. et Hyg., t. 17, nº 447, 30 novembre 1959, pp. 662-663.
- Bouvier (C.-A.). La musculature striée des cirrhotiques. Schw. Z. allgem. Path. u. Bakt., t. 22, nº 4, 1959, pp. 401-447, 33 fig., 2 tabl., bibliogr., 51 référ.
- Alam (A. Sadre). Principal factors in the etiology of cirrhosis liver. Medicus, t. 19, n³ 2, novembre 1959, pp. 77-84, tabl., bibliogr.
- B[ickel] (G.). Les stéroïdes dans le traitement de la cirrhose hépatique. Méd. et Hyg., t. 47, nº 447, 30 novembre 1959, pp. 665-666.
- Bloodworth (J. M. B.) jr. et Sommers (Sheldon G.). « Cirrhotic glomerulosclerosis », a renal lesion associated with hepatic cirrhosis. Labor. Invest., t. 8, n° 5-1, septembre-octobre 1959, pp. 962-978, 16 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Bazin (S.) et Delaunay (A.). Collagènes solubles et insolubles dans la formation des cirrhoses expérimentales. Rev. fr. Etudes clin. et biol., t. 4, nº 6, juin 1959, pp. 605-606, 1 tabl., référ.

ACTUELLEMENT

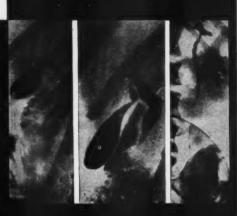
3

moyens

de

contraste

indispensable:





ORABILIX

voie intraveineuse



toutes voies d'injection

VASURIX

VASURIX 50 VASURIX 38 VASURIX 25

- · 6 comprimés suffisent
- Cholécystographie
- 20 cm³ suffisent







1 seul fabricant

LABORATOIRES ANDRÉ GUERBET & Cie

22, RUE DU LANDY SI-OUEN (SEINE)

SPÉCIALISTES DES MOYENS DE CONTRASTE

"DI ULLHANN - RANS

Bach Stu nel 5 1 bib

B[ich des t. 4

et 679 Bayle

Bayle hép Th dac

Bicked du Hy p.

Bodin pie ma des in-

Gas pp.

Agres zion gni into tem

de mée p.

Cirrhoses (suite).

- B[ickel] (6.). Les substances lipotropiques et les extraits hépatiques dans le traitement de la cirrhose. Méd. et Hyg., t. 47, nº 447, 30 novembre 1959, p. 664.
- Abo (Georges). Retentissement osseux ostéoporotique dans la cirrhose. Mém. Assist. étr., Paris, 1959, vol. 169, n° 33, in-4° dact., 33 p. (18 juin 1959).
- Berryer (Michel). Contribution à l'étude de l'ammoniémie chez les cirrhotiques. Th. méd. Paris, 1959, 990 [État], Paris, TAIB, 1959, in-8° multigr., 46 p. (17 décembre 1959).
- Bachi (G.), Coscia (G. C.) et Rossi (M.). Studio sul metabolismo dell'acido folico nella cirrosi epatica. Min. med., t. 50, nº 36, 5 mai 1959, pp. 1348-1351, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- B[ickel] (G.). Le traitement de l'ascite et des œdèmes des cirrhotiques, Méd. Hyg., t. 47, nº 447, 30 novembre 1959, pp. 666-667.
- Beneroso (Antoine). Ascites hémorragiques et cirrhose du foie. Th. méd. Paris, 1959, 679 [État], in-4° dact., 90 p. (25 juin 1959).
- Bayle (Roland). A propos d'un cas de cirrhose hépatique révélateur d'une mucoviscidose. Th. méd. Paris, 1959, 809 [État], in-4° dact., 54 p. (8 juillet 1959).
- Bickel (G.). Le traitement de la cirrhose du foie. Considérations générales. Méd. et Hyg., t. 47, nº 447, 30 novembre 1959, p. 661, bibliogr.

ESTOMAC

Tumeurs bénignes. Gastroscopies.

- Bodin (Michèle), née Denian. La gastroscopie dans le dépistage du cancer de l'estomac. Son intérêt particulier dans le cancer des faces. Th. méd. Paris, 1959, 788 [État], in-4° dact., 65 p. (8 juillet 1959).
- Benedict (Edward B.). Gastroscopic biopsy. Gastroenterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 445-448, bibliogr.
- Agresti (A.). Sugli aspetti della trasformazione maligna dei tumori neurogeni benigni dell'apparato gastro-enterico. Rass. intern. Clin. e Terap., t. 39, nº 17, 15 septembre 1959, pp. 83z-841, 10 fig.
- Rrombart (M.). Deux cas de schwannome de la grosse tubérosité gastrique. Presse méd., t. 67, nº 56, 28 novembre 1959, p. 1x, 12 fig. (Confront. radio-ant.-clin.).

Sténoses du pylore.

- Bandmann (Fritz) et Häring (Tilo). Über histologische Untersuchungen bei Pylorospasmus. Bruns Beitr. klin. Chir., 1. 169, no 3, 1959, pp. 259-267, 1 fig., bibliogr.
- Bèzes (H.), Netik (J.), Pène (P.) et coll. A propos de trois observations d'hypertrophie musculaire du sphincter pylorique de l'adulte. Anat. Anzeig., t. 407, n°s 7-10, 25 novembre 1959, pp. 249-254, 3 fig., bibliogr.
- Brown (Roland P.) et Hertzler (J. H.), Congenital prepyloric gastric atresia. A. M. A. J. Ræntgenol., t. 91, n °1, juillet 1959, pp. 857-862, 3 fig., bibliogr.
- Balashev (V. N.). Changes in the internal gastric lymphatic system in stomach cancer. Probl. Oncol., t. 4, no 3, 1958, pp. 317-324, 6 fig., bibliogr.
- Biesold (W.). Pylorusstenose durch Magenwandzyste bei neunjährigen Jungen. Zbl. Chir., t. 84, nº 40, 3 octobre 1959, pp. 1627-1629, 1 fig., bibliogr.

Cancer du foie.

- Bourgeon (R.), Pietri (H.), Guntz (M.) et coll. La chirurgie des formations tumorales du foie à la lumière de la splénoportographie (fin). Ann. Chir., t. 13, nºs 11-12, juin 1959, pp. 627-658, 51 fig. (Sem. Hôp., 35).
- Braasch (John W.) et Palmer (Trevelyan E.). Primary carcinoma of the liver. Surg. Clin. N. Am., t. 39, nº 3, juin 1959, pp. 799-804, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Ban (A.). Über eine seltene Form von Lebercarcinom. Zbl. allg. Path., t. 99, n° 7-8, 30 mai 1959, pp. 410-412, 2 fig., référ.
- Anglesio (E.), Pelocchino (A. M.), Iorio (L.) et coll. La funzionalità epatica nei cancerosi. Min. med., t. 50, nº 56, 14 juillet 1959, pp. 2301-2304, bibliogr.
- Berman (Charles). Primary carcinoma of the liver. Bull. N. Y. Acad. Med., t. 35, nº 5, mai 1959, pp. 275-292, bibliogr.

Chirurgie gastrique. Suites.

- Aagaard (P.), Andreassen (M.) et Schiodt (T.). Development of peptic ulcers during treatment with corticosteroids. *Acta chir. scand.*, t. **116**, nos 5-6, 15 mai 1059, pp. 423-428, bibliogr.
- Abo (Juan Carlos) et Mañana (Julio). Hemorragia digestiva grave por cáncer gástrico. Gastrectomía total. Bol. Soc. Cirug. Uruguay, t. 29, nºº 4-5, 1958, pp. 243-247. 3 fig., référ.

Manitestations psycho-somaliques en gastzo-entézologie :

- · Colites spasmodiques et composantes neuro-végétatives des colites infectieuses et parasitaires
- · Manifestations douloureuses et spasmodiques des gastrites, hernies diaphragmatiques et ulcères gastro-duodénaux
- Aérophagies Aérocolies.

THERALENE

(alimémazine 6549 RP)

RÉÉQUILIBRATEUR CENTRAL et NEURO-VÉGÉTATIF

Doses auotidiennes:

30 à 100 mg et plus (sous forme de comprimés, gouttes, sirop, suppositoires).

Présentation:

- Ampoules: Boîte de 5 ampoules de 5 cm³ dosées à 25 mg d'alimémazine (TABLEAU C) Prix classe 4 S. S. A. M. G.
- Comprimés: Boîte de 50 comprimés dosés à 5 mg d'alimémazine (TABLEAU C).
 Prix classe 2 S. S. A. M. G.
- Gouttes: Flacon de 30 cm² de solution à 4 % (I goutte = I mg) d'alimémazine - (TABLEAU C) -Prix classe 5 - S. S. - A. M. G.
- Sirop: Flacon de 150 cm3 de sirop dosé à 0,5 mg d'alimémazine par cm² Prix classe 3 - S. S. - A. M. G.
- Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires dosés à 20 mg d'alimémazine (TABLEAU C) -Prix classe 2 S. S. -

THÉRAPLIX 98, rue de Sèvres - Paris 7° - Tél. Ségur 13-10

Birni sor ing to iro 195

Bruce tor the 5 bit Anis ma

Brov me ulo

> qu Re pp Bour et ky:

Arzu

Bello car mi en me

Albo des leu bil Pro pp

bra of ana Od J.

Bern Wa vei

Chirurgie gastrique. Suites (suite).

- Birnbaum (D.), Rachmilewitz (M.) et Grossowicz (N.). Hematologic changes following gastric surgery with special reference to the serum levels of vitamin B₁₂ and iron. Am. J. dig. Dis., t. 4, n° 6, juin 1959, pp. 419-434, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Bruce (John) et Dudley (H. A. F.). Gastrectomy for massive gastrointestinal hæmorrhage of unknown cause. Lancet, no 7110, 5 décembre 1959, pp. 992-994, 1 fig., bibliogr.
- Anishchenko (I. C.) et Ratner (G. L.). Stomach cancer developing after operative treatment for ulceration. *Probl. Oncol.*, t. 4, no 3, 1959, pp. 331-334, 1 tabl., bibliogr.
- Brown (Charles H.). Neglect of adequate medical treatment for complicated peptic ulcer. Gastroenterology, t. 36, n° 6, juin 1959, pp. 893-894, 1 référ.

Kystes hydatiques du foie.

- Arsua Zulaica (E. de). Radiología de los quistes hidatídicos calcificados de hígado. Rev. clín. esp., t. 73, nº 1, 15 avril 1959, pp. 53-58, 13 fig., bibliogr.
- Bourgeon (R.), Pietri (H.), Catalano (H.) et coll. Mise au point du traitement du kyste hydatique du foie. Afr. fr. chir., t. 17, n° 2, mars-juin 1959, pp. 77-82, 10 fig.
- Bellomo (Vicente Julio) et Lagranda (Ricardo A.). Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos, en particular de los del hígado. Prensa méd. arg., t. 45, nº 52, 26 décembre 1958, pp. 3981-3992.

Divers.

- Albot (Guy) et Kapandji (M.). Importance des troubles fonctionnels du duodénum et leurs rapports avec les maladies des voies biliaires, du pancréas et de l'estomac. Prazis, t. 48, nº 46, 12 novembre 1959, pp. 1045-1050, 9 fig., bibliogr.
- Alemida (Antonio Octaviano de). The « calibrated » papillosphincterotomy as a factor of success in the surgical treatment of anatomic and functional disturbances of Oddi's sphincter: standardized technic. J. intern. Coll. Surg., t. 32, n° 1, juillet 1959, pp. 1-13, 8 flg., bibliogr.
- Bernard (Louis-J.), Perry (Frank A.) et Walker (Matthew). Produodenal portal vein causing duodenal obstruction with

- bleeding duodenal ulcer. Ann. Surg., t. 150, no 5, novembre 1959, pp. 909-912, 3 fig., référ.
- Berens (David L.). Gallstone impacted in the duodenal bulb. Gastroenterology, t. 36, n° 6, juin 1959, pp. 881-883, 2 fig., référ.
- Brown (Lowell) et Essig (Harry). Fatal rupture of an Ivalon (Polyvinyl) formalinized sponge aortic graft into duodenum. Arch. Surg., t. 79, n° 1, juillet 1959, pp. 72-74, 2 fig., bibliogr.

VOIES BILIAIRES

Divers.

- Albot (Guy), Bonnet (G. F.) et Delavierre (Ph.). Dysplasies vésiculaires expérimentales par surcharge biliaire en substances stéroïdes. Sem. Hδp., t. 35, nºa 60-61, 18-28 juillet 1959, pp. 2294-2301, 12 fig., bibliogr.
- Albot (Guy) et Bonnet (Georges-François). Vésicule biliaire et hormones génitales. Rev. intern. Hépatol.. t. 9, nº 4, 1959, pp. 381-398, 10 fig., 2 tabl., bibliogr., 59 référ.
- Allurralde (Pedro), Raimondo (Norberto H.), Tesone (Pedro A.) et coll. El hierro serico en afecciones hepatobiliares. Prensa méd. arg., t. 46, nº 1, 2 janvier 1959, pp. 57-66, 2 fig., 4 tabl., bibliogr., 54 référ.
- André (J.). Conceptions récentes sur le métabolisme de la bilirubine. Clinique, t. 54, nº 535, mai 1959, pp. 237-238.
- Antine (William) et Rothenberg (Sheldon P.). Hydatid cyst of the liver rupturing into the bile ducts: a case report describing a characteristic triad of symptoms. Ann. int. Med., t. 50, n° 5, mai 1959, pp. 1277-1282, I fig., référ.
- Arner (Ored) et Schreeb (Tor von). Carcinoma of the gallbladder. Acta chir. scand., t. 146, now 5-6, 15 mai 1959, pp. 477-483, 3 tabl., bibliogr.
- Arcomano (Joseph P.) et Barnett (James G.). Diverticulum of the gallbladder. A report of three cases and a review of the literature. Am. J. dig. Dis., t. 4, n° 7, juillet 1959, pp. 556-562, 6 fig., bibliogr.
- Biström (0.). Injury to a large accessory hepatic duct opening into the gallbladder. Report of a case. Ann. chir. gyn. fenn., t. 48, no 3, 1959, pp. 356-360, 1 fig., bibliogr.



anticholinergique s'opposant chez l'homme a l'hypersécrétion provoquée par injection d'histamine.

PRIAMIDE

Réduit l'hypersécrétion et l'hyperacidité gastrique

Land Marina

ULCÈRES GASTRITES DUODÉNITES

et leurs troubles fonctionnels

Longue durée d'action évitant la prise du médicament pendant la nuit.

> 20 gouttes ou 1 comprimé 3 tols par jour 1 heure avant le repas

Remboursé S.S. - P. cl. 2 et 4



LABORATOIRES DELALANDE

16, rue Henri-Regnault - COURBEVOIE (Seine)

Bois qu à con sio

Bois: Fo an cui

Borg che a5

Balli He sar do

Abal dy: in t. rus

Adar applin of no bit

Ahlq Ad ile 193

Alba mo del t.

Amur til 195 Antil An

Arau Bo etic Ins

Voies biliaires. Divers (suite).

- Boissier (Jacques-R.) et Chivot (Jean-Jacques). Perfusion de la vésicule de cobaye à pression constante. Action de quelques contracturants et spasmolytiques. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, pp. 408-409.
- Boissier (Jacques-R.), Dumont (Claude) et Forest (Jeannine). Sur quelques actions anticholinergétiques au niveau de la vésicule biliaire du cobaye in vitro. J. Physiol., t. 51, no 3, mai-juin 1959, pp. 409-410.
- Borgström (Stig). Operative injury to the choledochus. Acta chir. scand., t. 118, nº 1, 25 janvier 1959, pp. 25-31, 1 tabl., bibliogr.
- Ballinger (Walter F.), Haupt (George J.), Hering (Norton) et coll. A technique for sampling mixed hepatic venous blood in dogs. Surgery, t. 46, n° 4, octobre 1959, pp. 806-809, 3 fig., bibliogr.

INTESTIN GRÊLE

Divers.

- Abakarov (U. A.). The sources of bacillary dysentery infection among young children in a domestic environment. J. Microbiol., t. 29, no 11, 1958, pp. 1829-1831 (tr. durusse).
- Adamstone (F. B.). Response of the Golgi apparatus of absorptive cells of the intestinal epithelium of the rat to the ingestion of protein. Am. J. Anat., t. 403, no 3, novembre 1958, pp. 437-465, 22 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Ahlquist (Raymond P.) et Levy (Bernard). Adrencrgic receptive mechanism of canine ileum. J. Pharmacol., t. 127, no 2, octobre 1959, pp. 160-169, 4 fig., bibliogr.
- Albano (0.) et Benyestito (V.). Su una modifica al sondino di Crosby per biopsia dell'intestino tenue per via orale. Min med., t. 50, nº 85, 24 octobre 1959, pp. 3424-3425, 2 fig., bibliogr.
- Amundsen (Gunnar). Urachuscyste som årsak til ileus. Nord. Med., t. 62, no 41, 8 octobre 1959, pp. 1184-1485, bibliogr. (rés. anglais).
- Antila (Lassi). Intestinal hemangiomatosis.

 Ann. chir. gyn. fenn., t. 48, n° 3, 1959,
 pp. 406-410, 1 fig., bibliogr.
- Araujo Costa (Gobert), Costa (Asdrubal) et Bolaños (Roger). A Escherichia coli na etiologia da diarréia aguda da criança. Bol. Inst. Puericult., t. 16, nº 1, mars 1959, pp. 6-19, 2 tabl., bibliogr.

- Athanasiadou (Maria) et Daikos (George K.). A new phenanthroline-quinone for the treatment of amcebiasis. J. trop. Med. and Hyg., t. 62, n° 2, juin 1959, pp. 135-137, bibliogr.
- Babcock (J. Reed) et McKinley (William Mark). Acute appendicitis: an analysis of 1.662 consecutive cases. Ann. Surg., t. 150, no 1, juillet 1959, pp. 131-141, 9 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Barron (James) et Chaikof (Leo). A simple triple-lumen drainage tube for gastrointestinal fistulas. Surg. Clin. N. Am., t. 39, n° 6, 1959, pp. 1515-1521, 7 fig.
- Bass (Lee W.), Wieber (William K.) et Girdany (Bertram R.). The treatment of ileocolic intussusception. J. Ped., t. 55, n° 1, juillet 1959, pp. 51-56, 4 fig., référ.
- Belloli (G.): Appendicite erniaria. Contributo clinico-statistico. Med. intern., t. 67, nºs 7-8, juillet-août 1959, pp. 282-284, bibliogr.
- Berger (Eugène Y.), Kanzaki (Grace) et Steele (J. Murray). Simultaneous flux of polassium into and out of the dog intestine. Am. J. Physiol., t. 496, nº 6, juin 1959, pp. 1270-1273, 3 tabl., bibliogr.
- Berry (Robert E. L.). Obstruction of the small and large intestine. Physiopathology and treatment. Surg. Clin. N. Am., t. 39, n° 5, octobre 1959, pp. 1267-1280, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Bertrand (L.). L'appendicite aiguë chez l'enfant. Conc. méd., t. 81, nº 38, 19 septembre 1959, pp. 3921-3924.
- Boulvin (R.). Un cas d'épithélioma papillaire cylindrique de l'appendice. Acta chir. belg., t. 58, nº 4, avril 1959, pp. 414-416, 1 fig., référ.
- Broosch (John W.) et Vansant (John H.). Carcinoma of the appendix. Surg. Clin. N. Am., t. 39, no 3, juin 1959, pp. 753-757, 1 tabl., bibliogr.
- Branco Ribeiro (Eurico). Conduta terapêutica diante da apendicite gangrenosa. Bol. Sanat. São Lucas, t. 20, nº 12, juin 1959, pp. 185-186.
- Breuzard (Jacques). Contribution à l'étude des aspects nouveaux de la tuberculose intestinale (Intestin grête et région iléocæcale). Th. méd. Paris, 1959, 511 [État], in-4° dact., 91 p., 9 fig., dont 2 col. en 8 pl. h. t. (10 juin 1959).
- Brodoff (Murray), Hoffman (William A.), de Luca (Vincent A.) jr. et coll. Intestinal lipodystrophy (Whipple's disease). Dia-

BISMUTITANE TITANE COIRRE

PANSEMENTS GASTRO-INTESTINAUX

2 à 4 cuillerées à café par jour

ANTILONE COIRRE

NOUVEL AGENT HORMONAL ANTI-ULCÉREUX

ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX GASTRITES - DUODÉNITES - HYPERCHLORHYDRIE

Comprimés

6 unités rats

4 comprimés par jour

L'unité rat est la quantité minima de substance suffisant à empêcher la formation d'ulcères dans l'estomac de rais, pesant 200 gr., dont le pylore a été ligaturé.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

ANTILONE

P. Cl. 16 le flacon de 20 comprimés

BISMUTITANE P. Cl. 5 la botte de 105 grammes

TITANE

P. Cl. 2 la botte de 105 grammes

COIRRE

5, Boulevard du Montparnasse - PARIS (6°)



M.

Bogat zyst Rön pp.

nes.
15 bibl

Berns
Sim
the
1959

Alftha

Baker lecys phynove

Anas Pres p. 1

Andre poste peri Surg 872,

Bregm nesia miti t. 20 bibli

sténe Hôp. pp.

et N fican An e creat t. 97 3 tal

Intestin grêle. Divers (suite).

gnosis by small-intestine biopsy tube. J.~A. M. A., t. 474, n^o 2, 12 septembre 1959, pp. 154-157, 3 fig., bibliogr.

Radiologie des voies biliaires.

Bogatzki (M.). Perorale, fra tionierte Cholezysto- und Cholangiographie. Fortschr. Röntgenstr., t. 91, n° 6, décembre 1959, pp. 720-734, g fig., bibliogr.

Chirurgie des voies biliaires.

- Alfthan (Olof) et Köhler (Rolf). Ether treatment of retained postoperative biliary stones. Acta chir. scand., t. 416, non 5-6, 15 mai 1959, pp. 437-449, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Bernstein (Donald E.) et Cheiker (Sarah). Simple method for portal-caval shunt in the rat. J. appl. Physiol., t. 44, n° 3, mai 1950, pp. 469-470, 1 fig.
- Baker (Joel W.) et Walker (John H.). Cholecystectomy and operative cholangiography. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, nº 5, novembre 1959, pp. 853-856, 18 fig.
- Bourgeon (R.) et Robert d'Eshougues (J.). Anastomose porto-cave intra-hépatique. Presse méd., t. 67, n° 38, 8 août 1959, p. 1491, 4 fig.
- Andreassen (M.) et Lindenberg (J.). Late postoperative « hemobilia » treated with peripheral ligation of the hepatic artery. Surg., t. 46, nº 5, novembre 1959, pp. 870-872, bibliogr.

Lithiases biliaires.

- Bregman (Jacobo) et Vadra (Juan E.). Agenesia vesicular con litiasis coledociana primitiva. Bol. y Trab. Soc. argent. Ciruj., t. 20, no 7, 8 juin 1959, pp. 123-136, 1 fig., bibliogr., discuss.
- Berneaga (Andrei). Considérations sur les sténoses bénignes des voies biliaires. Sem. Hôp., t. 35 (Méd. Monde), juillet 1959, pp. E. 36-44, bibliogr., 51 référ.
- Bernard (Harvey R.), Criscione (James R.) et Moyer (Garl A.) The pathologic significance of the serum amylase concentration. An evaluation with special reference to pancreatitis and biliary lithiasis. Arch. Surg., t. 97, n° 2, août 1959, pp. 311-318, 2 fig., 3 tabl., bibliogr., discuss.

Cholécystites.

- Amasio (Claudio). Sulla « colecistite a fragola ». Arch. Sc. med., t. 407, nº 6, juin 1959, pp. 654-662, bibliogr.
- Azzario (P.). La colecistopatia nei tubercolotici. Min. med., t. 50, non 59-60, 28 juillet 1959, pp. 2413-2421, 8 fig., bibliogr.
- Brown (Merle J.). The diseased cystic duct remnant. Arch. Surg., t. 97, n° 2, août 1959, pp. 304-310, 4 fig., 4 tabl., bibliogr.

Invagination intestinale.

Beau (A.), Prévot (J.) et Collignon (P.). Invagination iléo-iléale transcæcale traitée au sixième jour par hémi-colectomie droite. Guérison. Rev. méd. Nancy, A. 80, t. 84, n° 10, octobre 1959, pp. 927-929, bibliogr.

Tumeurs du grêle. Diverticule de Meckel.

- Barrick (Claude W.) et Fry (Kenneth E.). Meckel's diverticulum. A case diagnos.d by X-ray. Arch. Surg., t. 78, no 6, juin 1959, pp. 934-936, 5 fig., référ.
- Allaines (Gl. d') et Manouvrvier (P.). A propos d'un cas de diverticule de Meckel à forme hémorragique. Ann. Chir., t. 13, nom 9-10, mai 1959 (Sem. Hôp., t. 35). pp. C. 525-528, 2 fig., bibliogr.
- Berning (H.) et Götze (H.). Ober Komplikationen der Sigmadivertikel. Gastroenterologia, t. 91, n° 5, 1959, pp. 325-337, 8 fig., bibliogr.
- Amasio (Claudio). Osservazioni su di un caso di carcinoide dell'appendice. Arch. Sc. mcd., t. 407, n° 5, mai 1959, pp. 462-467. 3 fig., référ.

DIABÈTE

Clinique. Complications.

- Adlersberg (David) et Eisler (Lisbeth). Circulating lipids in diabetes mellitus. J. A. M. A., t. 470, n° 11, 11 juillet 1959, pp. 1261-1265, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Alexander (Carl S.), Filbin (Dorothy M.) et Fruchtman (Stanley A.). Failure of vasopressin to produce normal urine concentration in patients with diabetes inspidus. J. Labor. and clin. Med., t. 54, no 4, octobre 1959, pp. 566-571, 2 tabl., bibliogr.

extrait spécial de suc de réglisse

REGASTROL

gastrites ulcères gastro-duodénaux

Remboursé S. S.
P. classe 3

exempt de gommes et résines riche en principes actifs aux propriétés modificatrices de la sécrétion gastrique

LABORATOIRES BIODICA - SOUDAN PARIS



Baird insu mal crin

Balod

Hyp war no bibl Boule coll

pp.

Baque

Beatt; Boc in c

fat.

Bianc U.) fiche nell med 2 ta

Ren tus eigh the no bibl

Birke (Gur and after diab 30 j bibli

Bosad (Ch. phys et a dura Rap Mon 24,

- Diabète. Clinique. Complications (suite).
- Arav (Léon-E.). Fonction cortico-surrénale et aldostérone chez le diabétique, Th. méd. Paris, 1959, 919 [État]. Paris, ТАІВ, 1959, in-8° multigr., 44 p. (*3 novembre 1959).
- Baird (C. W.) et Bornstein (J.). Assay of insulin-like activity in the plasma of normal and diabetic human subjects. J. Endocrinol., t. 19. n° 1, octobre 1959, pp. 74-80, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Balodimos (Marios C.) et Root (Howard F.). Hypoglycemic insulin reactions without warning symptoms. J. A. M. A., t. 474, nº 3, 19 septembre 1959, pp. 261-266, bibliogr.
- Boulet (P.), Mirouze (J.), Barjon (P.) et coll. Panhypopituitarisme aigu chez un acromégale diabétique. Guérison du diabète sucré. Diabète, t. 7, nº 4, juillet-août 1959, pp. 145-149, 4 fig., référ.
- Baquet. Diabèle infantile. Document méd., t. 4, nº 35, juin 1959, pp. 43-49, discuss.
- Beatty (Clarissa H.), Peterson (Ruth D.), Bocek (Rose Mary) et coll. Comparison in control and severely diabetic, alloxanized rats of phosphate fractions, glycogen and fat. Am. J. Physiol., t. 196, no 6, juin 1959, pp. 1246-1249, 1 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Bianchessi (M.), Maiolo (A. T.), Negri (V. U.) et coll. Modificazioni elettroencefalografiche e metaboliche i indotte dall'insulina nell'uomo normale. Arch. Patol. Clin. med., t. 36, nº 2, 1959, pp. 102-109, 3 flg., 2 tabl., bibliogr.
- Beaven (Donald W.), Nelson (Doon H.), Renold (Albert E.) et coll. Diabetes mellitus and Addison's disease. A report on eight patients and a review of 55 cases in the literature. N. Engl. J. Med., t. 261, n° 9, 27 août 1959, pp. 443-454, 4 tabl., bibliogr., 68 référ.
- Birke (Gunnar), Euler (U. S. von) et Ström (Gunnar). Observations on some dimensions and functions of the circulatory system after adrenalcetomy in breast cancer and diabetes. Acta med. scand., t. 164, no 3, 30 juin 1959, pp. 219-229, 3 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Bosadgieva (E. K.), Philipov (Ph.), Guelinov (Ch.) et coll. Syndrome di-encéphalo-hypophysaire avec diabète sucré, diabète insipide et ariboflavinose, causé par hydrome subdural dans la région supra- et para-sellaire. Rapport d'un cas. Sem. Hôp. (Méd. Monde), t. 35, nº 1, juillet 1959, pp. E. 20-24, 3 bibliogr.

- Bloom (Arnold). Remission in diabetes. Brit. med. J., no 5154, 17 octobre 1959, pp. 731-734, 1 fig., bibliogr.
- Bock (E.) et Schneeweiss (J.). Ein Beitrag zur Therapie der Neuropathia diabetica. Münch. med. Wchschr., t. 101, n° 43, 23 octobre 1959, pp. 1911-1912, 1 tabl., bibliogr.

Traitement.

- Arnal Arambillet (P.). El tralamento oral de la diabetes mellitus. Rev. clín. esp., t. 74, nº 5, pp. 329-337, bibliogr.
- Alessandro (B. d'), Brancaccio (A.), De Luca (R.) et coll. Sul trattamento orale del diabete mellito con il 1-cicloesil-2-p-lolisulfanilurea (K 386). Min. med., t. 50, nº 38, 12 mai 1959, pp. 1422-1426, bibliogr., 52 référ.
- Beck (Robert E.). Reentgenographic findings in the complications of diabetes mellitus. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, n° 5, novembre 1959, pp. 887-896, 14 fig., bibliogr.
- Balodimos (Marios C.). The influence of diet upon insulin dosage in diabetes mellitus. Diabetes, t. 8, nº 3, mai-juin 1959, pp. 196-198, r tabl., bibliogr.
- **Bonard (E.-C.).** Diabète et insuline. *Praxis*, t. **48**, no 26, 25 juin 1959, pp. 609-611, bibliogr.
- Baquet (R.). Les diabètes juvéniles graves. Observations sur les débuts des traitements. Diabète, t. 7, nº 5, septembre-octobre 1959, pp. 183-187, tabl.
- Baquet (R.). Avantages diététiques du Maroc dans le traitement du diabète sucré. Diabète, t. 7, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 189-190.
- Aiman (Ranita) et Chaudhary (Nirmala). Mechanism of action of oral anti-diabetic drugs. Brit. J. Pharmacol., t. 44, n° 3, septembre 1959, pp. 377-379, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Altieri (N.), Bazerque (P.) et Denti (A.). Action préventive de l'iodothyroïdectomie sur le diabète du rat. C. R. Soc. Biol., t. 153, n° 3, 1959, pp. 494-495.
- Baquet (R.). Le traitement du diabète par les insulines lentes. Sa place actuelle. Maroc méd., t. 38, nº 407, avril 1959, pp. 597-600, bibliogr.
- Altieri (N.), Bazerque (P.) et Denti (Alicia). Acción curativa de la yodotivoidectomía sobre la diabetes de la rata. Rev. Soc. arg. Biol., t. 34, nºa 7-8, octobre-novembre 1958, pp. 304-307, 3 tabl., référ.

SECRETINE SINBIO

hormone régulatrice des sécrétions du carrefour duodénal

> AMPOULES BOITE DE 6

SUPPOSITOIRES

HORMONE LIPOCAIQUE SINBIO

Réglemente le métabolisme des lipides

DRAGÉES DOSÉES A 0,10

Échantillons et littérature sur simple demande adressée à :

SINBIO

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE BIOLOGIE 7. AVENUE DES SOURCES - NICE



Altier Acti le d no réfé

Bibery rate 1959

Boulte coll trail de Dial pp.

Bereti lasso trati t. 5 2563

Betho du line pp. Bickel

Bickel
clini
synt
sulfe
Web
pp.

Boulet coll. bète méd 1959

Bierm Plou D-ril nº 6 2 fig

Baker for Surg bre

Barnet B.) of d expe Gast 1959

> Belgra occlu Info

Traitement (suite).

- Altieri (N.), Bazerque (P.) et Denti (Alice). Action curative de l'iodothyroïdectomie sur le diabète du rat. C. R. Soc. Biol., t. 453, nº 3, 30 juin 1959, pp. 508-509, I tabl., référ.
- Bibergeil (Horst). Moderne Insulinpräparate, Z. ärztl. Forsch., t. 53, nº 9, 1er mai 1959, pp. 461-464.
- Boulte (P.), Mirouse (J.), Barjon (P.) et coll. Utilité de l'insuline de porc dans le traitement de diabètes rebelles à l'insuline de bœuf (A propos de deux cas récents). Diabète, t. 7, n° 5, septembre-octobre 1950, pp. 177-180, 2 fig., bibliogr.
- Beretta (P.) et Punturieri. Variazioni del tasso colesterolemico nel diabeto durante trattamento con clorpropamide. Min. med., t. 50, nº 65-66, 18 août 1959, pp. 2562-2563, 1 fig., bibliogr.
- Bethoux (L.) et Merle (M.). Le traitement du diabète avant la découverte de l'insuline. J. Diab., t. 42, nº 47, juillet 1959, pp. 5-11.
- Bickel (G.) et Koralnik (0.). Premiers essais cliniques d'un nouvel antidiabétique de synthèse, le SB.1.1 ou N.1-(3-aminobenzène-sulfonyl)-N.2-n-butylurée. Schw. med. Wchschr. t. 89, n° 45, 7 novembre 1959, pp. 1186-1191, 2 tabl., bibliogr.
- Boulet (P.), Mirouze (J.), Barjon (P.) et coll. Porphyrie culanée de l'adulte et diabète sucré évolutif. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, t. 75, nºa 20-21, 19 juin 1959, pp. 653-656, bibliogr.
- Bierman (Edwin L.), Baker (Eugène M.), Plough (Irvin C.) et coll. Metabolism of D-ribose in diabetes mellitus. Diabetes, t. 8, nº 6, novembre-décembre 1959, pp. 455-458, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.

Occlusions intestingles.

- Baker (Joel W.). A long jejunostomy tube for decompressing intestinal obstruction. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, nº 4, octobre 1959, pp. 519-520, 3 fig.
- Barnett (William 0.), Thompson (William B.) et Clippinger (David L.). The efficacy of delayed administration of antibiotics in experimental strangulation obstruction. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 300-303, 2 tabl., bibliogr.
- Belgrano (V.) et Rizzo (V.). A proposito dell' occlusione intestinale da calcolo biliare. Inform. med., t. 44, n° 3, 15 février 1950, pp. 47-52, bibliogr.

- Bèzes (H.). De l'intérêt à détordre sous rectoscopie certains volvulus du côlon pelvian. Bull. Soc. méd. Afr. Noire, t. 4, nº 3, 3º trim. 1959, pp. 317-323, 4 fig.
- Blair (John S. G.). Jejunal diverticulitis with intestinal obstruction caused by fæcolith. Lancet, no 7093, 8 août 1959, pp. 87-88, bibliogr.

Radiologie du péritoine.

- Amos (J. Alan). Multiple lymphatic cysts of the mesentery. Brit. J. Surg., t. 46, no 200, mai 1959, pp. 588-592, 7 fig., référ.
- Atias (Antonio), Hermosilla (Mario) et Alessandrini (Hugo). Ascaridiasis peritoneal. Descripción de tres casos. Bol. chil. Parasitol. t. 44, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 13-15, bibliogr.
- Bentley (J. F. R.) et O'Donnell (M. B.). M:senteric cysts with malrotated intestine. Brit. med. J., no 5146, 22 août 1959, pp. 223-225, bibliogr.
- Bernard (Adolphe). Documents et réflexions sur l'adénite mésentérique. J. Méd. et Chir. prat.. 1. 430, nº 13, 1er nº de juin 1959, pp. 579-582, référ.
- Bloch-Laîné (J.-J.) et Hertz (Claude). Quatre cas de péritonite diffuse secondaire à une appendicectomie à froid chez l'enfant. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 5, 15 mai 1959, pp. 100-108, discuss.

CÔLON

Divers.

- Accart (Robert (A.). Les lavements et leurs accidents. II. Le lavement baryté. Maroc méd., t. 38, nº 408, mai 1959, pp. 741-745.
- Barbier (H.). Die Heitis terminalis acuta (Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Appendicitis acuta). Zbl. Chir., t. 84, nº 27, ½ juillet 1959, pp. 1060-1065, bibliogr.
- Bessou (P.), Laporte (Y.) et Planel (H.). Sur l'activation de neurones du nerf colonique provoquée par la stimulation du nerf épigastrique, chez le chat. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, p. 402, référ.
- Bill (Alexander J.) jr. Congenital abnormalities of the colon, rectum and anus. Surg. Clin. N. Am., t. 39, no 5, octobre 1959, pp. 1165-1177, 5 fig., bibliogr.
- Borri (Mario) et Giampi (Giampiero). Il comportamento delle attività transaminasiche seriche nella colostasi sperimentale. Fegato, t. 5, nº 1, mars 1959, pp. 72-88, 7 fig., 3 tabl., bibliogr.

2 suppositoires par jour



P. cl. 3 et a

SUPPOSITOIRES - POMMADE

CHRONICYSTINE

"MANOR

P. cl. I

FOIE ET VÉSICULE

4 dragées le matin à jeun

CHOLAGOGUE M É D I C A L

HÉPATOSTIMULINE

"MANOR"

P. cl.

DÉSINFECTION VÉSICULAIRE

4 dragées par jour

DÉSENSIBILISANT CHOLÉRÉTIQUE

·CHLORIDIA ·

VÉRITABLE SUC GASTRIQUE DE SYNTHÈSE

1 à 3 cuillerées à dessert par jour

REMBOURSÉS PAR LA S. S.

LAB. ÉTIENNE, PARIS-Ve, 12, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève - ODÉ 54-37



Bergeron J. Méd de jui

Baylet (Bull. 3° trin

Becerra aguda. nº 13 2 tabl.

Paulse break center Med., 2390,

Besseige aurait-Bull.

Biagi (I Rev. (janvier

Barker
M.). M
ment
Am., t
2 tabl.

Bauers Behan Forsch 450, bi

Palme ulcera in act nº 3, 3 tabl.

Palme ulcera correla Gastro 1959,

Rile (Gi (Valer espress emorr

Constipation. Diarrhée.

Bergeron (André). Les fausses diarrhées. J. Méd. et Chir. prat., t. 130, nº 15, 1er nº de juillet 1959, pp. 675-682.

PARASITOSES

- Baylet (R.-J.). Note sur la lambliase à Dakar. Bull. Soc. méd. Afr. noire, t. 4, nº 3, 3° trim. 1959, pp. 346-348.
- Becerra (Edgar J.). Amibiasis intestinal aguda. Rev. Gastroenter. México, t. 24, nº 139, janvier-février 1959, pp. 23-26, 2 tabl.
- Berle (Beatrice B.), Gibbons (Donald), Paulsen (Elsa) et coll. Report of an outbreak of bacillary dysentery in a recreation center in Putnam County. N. Y. State J. Med., t. 59, no 12, 15 juin 1959, pp. 2383-2390, 2 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Besseige (H.) et Rigaud (J.-L.). L'amibias: aurait-elle un nouveau visage au Vietnam? Bull. Soc. Path. exol., t. 52, nº 4, juillet-août 1959, pp. 477-485, discuss.
- Biagi (Francisco). Amibiasis. Generalidades. Rev. Gastroenterol. México, t. 24, nº 139, janvier-février 1959, pp. 1-8, 1 fig., bibliogr.

Côlites, Rectocôlites.

- Barker (Wiley F.) et Mellinkoff (Sherman M.). Medico-surgical teamwork in the treatment of ulcerative colitis. Med. Clin. N. Am., t. 43, nº 4, juillet 1959, pp. 1155-1175, 2 tabl., bibliogr.
- Bauers (H. C.). Beitrag zur operativen Behandlung der Colitis ulcerosa. Z. ärztl. Forsch., t. 53, nº 9, 1er mai 1959, pp. 449-450, bibliogr.
- Bicks (Richard 0.), Kirsner (Joseph B.) et Palmer (Walter L.). Serum proteins in ulcerative colitis. I. Electrophoretic patterns in active disease. Gastroenterology, t. 37, nº 3, septembre 1959, pp. 256-262, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Bicks (Richard 0.), Kirsner (Joseph B.) et Palmer (Walter L.). Serum proteins in ulcerative colitis. II. The effects of therapy correlated with electrophoretic patterns. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 263-267, 2 tabl., bibliogr.
- Bile (Giovanni), Manes (Luigi) et Ventruto (Valerio). Pseudoaplasia midollare con espressione leucemoide ed herpes zoster emorragico in relazione and un trattamento

- prednisonico per colite ulcerosa. *Min. med.*, t. **50**, nº 47, 13 juin 1959, pp. 1921-1924, 1 fig., référ.
- Boden (R. W.), Rankin (J. G.), Goulston (S. J. M.) et coll. The liver in ulcerative colitis. The significance of raised serumalkaline-phosphatase levels. Lancet, no 7097, 5 septembre 1959, pp. 245-248, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Brasfield (Richard D.). Gastrocolic fistula due to ulcerative colitis. N. Y. State J. Med., t. 59, no 12, 15 juin 1959, pp. 2430-2431, référ.

NUTRITION

- Ariztia (A.), Eggers (F.), Meyerstein (G.) et coll. The use of a fat diet in the treatment of malnutrition. Helv. pæd. Acta, t. 14, n° 2, juin 1959, pp. 113-123, 3 fig., 5 tabl., référ.
- Arroyave (Guillermo), Viteri (Fernando), Behar (Moisés) et coll. Impairment of intestinal absorption of vitamin A palmitate in severe protein malnutrition (kwashiorkor). Am. J. clin. Nutrit., t. 7, nº 3, marsavril 1959, pp. 185-190, 2 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Barnes (Richard H.), Kwong (Eva), Fiala (Grace) et coll. Dietary fat and protein and serum cholesterol. I. Adult swine. J. Nutrit., t. 69, no 3, novembre 1959, pp. 261-268, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Barnes (Richard H.), Kwong (Eva), Pond (Wilson) et coll. Dietary fat protein and serum cholesterol. II. Young swine. J. Nutrit., t. 69, n° 3, novembre 1959, pp. 269-273, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Boyer (Philip A.) jr., Lowe (James T.), Gardier (Robert W.) et coll. Effect of a practical dietary regimen on serum cholesterol level. J. A. M. A., t. 470, 16 mai 1959, pp. 257-261, 3 fig., bibliogr.

Méga-dolichocôlons.

- Anfossi (C.), Riffero (D.) et Bussi (L.). Trattamento chirurgico del megacolon congenito nell'infanzia secondo le tecniche di Swenson-Hiatt. Arch. p. 1. Sc. med., t. 108, nº 3, septembre 1959, pp. 286-302.
- Boureau (M.). Le mégacôlon fonctionnel. Rev. Prat., t. 9, n° 32, 11 décembre 1959, pp. 3463-3468.

LE PETIT CANCER DE L'ESTOMAC

PAR

J. MASSA

Ancien adjoint à l'Hôpital Universitaire de Bruxelles Diplômé en Radiologie et Électrologie de l'Université de Paris

PRÉFACE DE R.-A. GUTMANN

L'examen radiologique est actuellement le principal moyen de détection du cancer de l'estomac. Cet ouvrage fait le point sur les différentes méthodes proposées en vue de poser le diagnostic précoce du « petit » cancer.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction et définition. — Les techniques et le diagnostic radiologique (49 pages). — Anatomie pathologique du petit cancer (16 pages). — Corollaires (5 pages). — Le pronostic (8 pages). — Les états précancéreux (13 pages). — Conclusion. — Bibliographie.



В

A

B

Bı

Be

=

Polypose rectocolique.

Bartholomew (Lloyd G.) et Dahlin (David C.). Intestinal polyposis and mucocutaneous pigmentation (Peutz-Jeghers syndrome): further comments and report of an additional case. Coll. Papers Mayo Clin., t. 50, 1958, pp. 164-170, 2 fig., 1 tabl.

Chirurgie des côlons.

- Aagesen (Gunnar) et Ericson (Sten M.). Tarmexplosion vid ileusoperation. Nord. Mcd., t. 62, nº 41, 8 octobre 1959, pp. 1485-1486, bibliogr., rés. angl.
- Brandone (Henri). Sutures intestinales coliques en un ou plusieurs plans (Étude expérimentale). Th. méd. Marscille, 1959, 21 [État]. Marscille, impr. Leconte, 1959, in-8°, 87 p., 16 fig., 5 graph., tabl. (á mars 1959).
- Breuder (Andrew B.), Mintz (Alvin R.), Schwarz (Harald J.) et coll. Successfully resected leiomyoma of jejunum in a newborn. Arch. Surg., t. 78, no 6, juin 1959, pp. 969-971, 2 fig., bibliogr.
- Best (G. N.). Subacute combined degeneration of spinal cord after extensive resection of ileum in Crohn's disease. Brit. med. J., nº 5156, 31 octobre 1959, pp. 862-864, bibliogr.

Briand (Louis-E.-Y.-M.). Accidents et indications des diverses méthodes d'aortographie abdominale. Th. méd. Paris, 1959, 531 [État], in-4° dact., 105 p., tabl. (11 juin 1959).

RECTUM. ANUS

Divers.

- Archambault (Reginald). Bisacodul (Ducolax) in proctology. Canad. med. Ass. J., t. 81, no 1, 1er juillet 1959, pp. 28-30, 6 fig.. référ.
- Brossy (Jean-Jacques). Recent advances in the anatomy and physiology of the anorectal region. Surg. Clin. N. Am., t. 39, nº 5, octobre 1959, pp. 1391-1397, 4 fig., bibliogr.

Proctologie. Coprologie.

Borden (A. G. Boreadis) et Hermel (M. B.). Barium fecaliths following gastrointestinal radiography. Am. J. Gastroenter., t. 32, nº 5, novembre 1959, pp. 573-576, 3 fig., bibliogr.

METCIE

LA PRESSE MÉDICALE

hebdomadaire de toute la médecine, française et étrangère

MM

MM

MM

MM

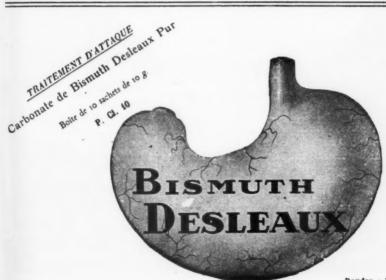
MM

- 01

SOMMAIRE DES Nos 7-8 — JUILLET-AOUT 1961

Mémoires originaux :

MM. Charles Debray, François Besançon, Roland Buchet et Jacques Émerit. — Effet excito-moteur de la sérotonine (5-hydroxytryptamine) sur l'intestin grêle humain. Étude radiographique	721
MM. Ch. Debray et Fr. Besançon. — Sérotonine (5-hydroxytryptamine) et motricité physiologique de l'intestin grêle humain. Recherches électro-	720
MM. JJ. Dubarry et P. Esquirol. — Polypose rectocolique généralisée dégénérée familiale et tumeurs conjonctives multiples (Syndrome de	729
Gardner)	736
Documents biologiques :	
MM. E. Aron, C. Paoletti, P. Jobard et Ch. Gosse. — Recherches expérimentales sur la cytosidérose au vin.	745
Documents cliniques :	
MM. M. Снамрели et Stroz. — Jéjunite ulcéreuse de l'anse montée après anastomose cholédoco-jéjunale en Y	751



Poudre : P. Cl. 8 Tablettes : P. Cl. 4

PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL

LABORATOIRE LANCOSME- 19, Rue Alein-Chertier Peris (154) TEL VAU. 41-42



Durable, puissant, atoxique Sans nausées, sans diarrhées.

ICTERYL

Troubles dyspeptiques. Intolérances alimentaires Migraines, Urticaire.

Constipation par carence biliaire. Douleurs hépato-vésiculaires. Suites de cholécystectomies. Hépatites infectieuses bénignes. Hypercholestérolémie. Obésité. Remboursé par la Sécurité Sociale

143 COMPRIMÉS par jour 114 d'heure avant les repas. Enfants : 112 dose.





LABORATOIRES DELALANDE - 16 RUE HENRI REGNAULT. COURBEVOIE (SEINE)

SOMMAIRE

AIRE		

(Voir suite du sommaire page 4).

M. H. G. Mogena. — Signification de l'étude histologique de l'innervation dans les maladies de l'appareil digestif.	757
MM. V. Varro et L. Csernay. — Diagnostic différentiel des troubles de la	
résorption intestinale	762
M. Eilbaum. — Sur un cas de cancer gastrique au début	769
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie :	
Séance du 8 mai 1961.	
Notice nécrologique. — Maurice Loeper (1875-1961)	775
MM. C. Ollagnier, LF. Perrin, J. Tourniaire, J. Lacoste et P. Buffard.	
— Tuberculose des gastrectomisés. Étude statistique	777
MM. Y. Barré, J. Paolaggi, P. Prévot et J. Dubrujeau. — Deux cas de kystes embryonnaires multiples du foie. Rôle particulier de la capsule de	***
Glisson	783
MM. P. HILLEMAND et P. Roux. — A propos d'un méga-œsophage	780



DACOSTA TOLL

LAB. GUILLAUMIN et HALES
13, rue du Cherche-Midi - PARIS-6*

SOMMAIRE

V

M

810

814

1

B

MM. M. HARDY, J. GUÉNEL, J. LE FORESTIER et J. HOREAU. — Syndrome d'hypopituitarisme avec stéatorrhée, secondaire à une gastrectomie et réversible par le rétablissement du transit duodénal	792
Rectificatif à la liste des membres	800
Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest :	
Séances des 3-4 décembre 1960.	
MM. FJ. Traissac, P. Loiseau, J. Périssat, C. Béraud, JP. Bernard et J. Zunzarren. — Formes digestives de la périartérite noucuse	802

VAN DAU. - Hernie diaphragmatique avec volvulus de l'estomac et

ulcère de la petite courbure, chez une tuberculeuse pulmonaire.

DOCTEUR,

Il ne suffit pas de prescrire des extraits pancréatiques pour être assuré de leur efficacité......

PANCREAL KIRCHNER

garantit à vos malades

Une opothérapie pancréatique pure, suractivée par des ferments digestifs (diastases), inaltérable par le suc gastrique, d'efficacité maxima.

Indications: Insuffisance pancréatique externe — Troubles dyspeptiques en général — Gastrites hypo- ou hyperchlorhydriques — Ulcère gàstro-duodénal — État saburral des voies digestives — Troubles digestifs par assimilation défectueuse — Vomissements de la grossesse — Gastro-entérites — Fermentations intestinales — Anaphylaxie digestive — Lendemains de Gastrectomies — Gastro-entérostomies.

Posologie : 3-4 comprimés après repas.

Catégorie B des Assurances Sociales P. cl. 3

Laboratoires du **Dr KIRCHNER** — STRASBOURG (Bas-Rhin)
Bureaux et services d'expédition : 24 bis, rue de Verdun — STRASBOURG

Littérature et échantillon sur demande

SOMMAIRE

MM. G. Couzinet et A. Bau dans certains syndromes														8:
														0,
MM. LP. Doutre, Desprus térébrant dans la rate														8.
														O.
MM. JJ. DUBARRY, R. DAR														
pos d'un cas de polypose	rectocol	lique	fan	nilia	le c	légé	nér	ée						8
MM. J. LAPEYRÈRE, J. MORE.		-												
														0
à forme tumorale														8
MM. M. GRIMOUD, J. LAPEYE	ière et	Mme	GR	ÈZE	-R	UEF	F	-s	ur l	a p	athe	ogéi	nie	
des tumeurs dites de Krü	kenberg	. A 1	oron	os	l'ui	ca	s DI	ivil	égié					8
MM. Ch. DARNAUD, Y. DENA														
														0
tiques calcifiés du foie .	* *		*	*		-		*		*		*		8
Analyses.					*									8
dans les pages de tête														
uans tes pages de tete	*													
1														
INFORMATIONS			*											



10

14

S. S. : P. cl. 1-2

CAPARLEM

5

HUILE DE HAARLEM PURE ET VRAIE
(ou Junipérus Oxycédrus)

Gapsules: là 2 à chaque repas Gouttes: 3 à 6 par repas Suppositoires: I matin et soir

Lithiases Biliaires, Cholécystites Lithiases Rénales, Angiocholites Tyélonéphrites

LABORATOIRES MONAL DOCTEUR EN PHARMACIE - LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 13, AVENUE DE SÉGUR, PARIS-7° . INV. 52-73

INFORMATIONS

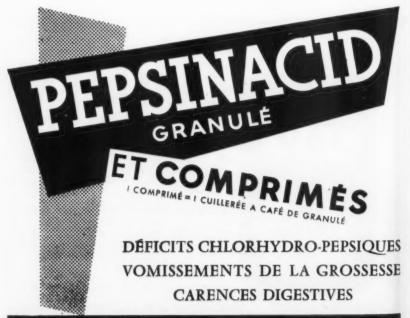
Premier Congrès international d'Allergie alimentaire et digestive.

VIGHY, 27, 28, 29 JUIN 1963.

Ce congrès se tiendra sous la présidence du Pr Pasteur Vallery-Radot.

Secrétaire général : D' René Wolfbomm, Centre de Recherches d'Allergie Alimentaire, Hôpital Rothschild, 15, rue de Santerre, Paris, 12°.

Secrétaire administratif: M. Pierre Lignon, 24, boulevard des Capucines, Paris, 9°.



LABORATOIRE M. LACHARTRE . 10 RUE DE CITEAUX . PARIS 12

BACILLUS BIFIDUS LYOPHILISÉS
D'UNE EXTRAORDINAIRE VITALITÉ,
GÉNÉTIQUEMENT ANTIBIORÉSISTANTS
PERMETTANT LE RÉENSEMENCEMENT
DE L'INTESTIN EN 48 HEURES.

prophyla

affections gastro-intestinales
colibacillose
troubles de croissance des enfants
privés de lait maternel
prophylaxie et troubles de .l'antibiothérapie

LYO-BIFIDUS

ingérer 1/2 à 2 ampoules par jour.

CL 6.8 14

BIFIDIGÈNE

son association avec le LYO-BIFIDUS, pendant et après la cure, consolidera les résultats obtenus.

LABORATOIRES ETIENNE, 12, RUE DE LA MONTAGNE-SAINTE-GENEVIÈVE, PARIS V

Informations (Suite)

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Journée annuelle de Nutrition et de diététique.

MARDI 3 OCTOBRE 1961 (AMPHITHÉATRE DUPUYTREN DE L'HÔTEL-DIEU)

Cette Journée organisée au cours de la Semaine médicale de Paris par la Clinique des Maladies de la Nutrition (Pr Maurice Dérot, Hôtel-Dieu de Paris, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 4°) aura le programme suivant :

MATIN :

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES * COQUELUCHE STAPHYLOCOCCIES

ROVAMYCINE

(5337 R. P. - SPIRAMYCINE)

L'Antibiotique de sécurité de la pratique courante

Société Parisienne d'Expansion Chimique "SPECIA", Marques RHÔNE-POULENC - 28, Cours Albert 1er - PARIS-8e

METCIE

LA PRESSE MÉDICALE

toutes les branches de la médecine

1 Un heureux dosage
B₁₂ 250_{mug} Sorbitol 2,50_g
par ampoules buvables de 10 ml

2 D'heureux résultats

Anémies pernicieuses et carentielles. Asthénies de toutes natures. Syndromes neurologiques. Séquelles de gastrectomies

Son rôle hépato-protecteur Dénomination commerciale :

B₁₂ 250 mug Sorbitol Splénodex

Présentation : Boîte de 20 ampoules de 10 ml buvables Posologie : 1 à 6 par jour Classe 14

Remboursé Sécurité Sociale

Laboratoires Splénodex S. A, R. L.

19bis-36, rue de Paris, LAVAL

R. C. Laval 55819 - Téléph.: 90-17-60

limité.

Informations (Suite)

- 15 h 15 : Facteurs nutritionnels et diététiques dans la prévention et le traitement du delirium tremens et de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke Dr A. Morel-Maroger 16 h : Alcool, excitants et vie moderne Pr Dérot
- Renseignements : s'adresser à M. Michel Rathéry, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, Paris, 4° (ODÉon : 25-71). Il est recommandé de s'inscrire assez à l'avance, le nombre des participants étant

Prix International Eleanor Roosevelt contre le Cancer.

Grace aux fonds mis à sa disposition par la Fondation Eleanor Roosevelt contre le Cancer, l'Union Internationale contre le Cancer distribuera chaque année des bourses pour les recherches sur le cancer, bourses créées dans l'idée que les échanges internationaux de travailleurs scientifiques entre centres à intérêts apparentés faciliteront la diffusion des connaissances et contribueront ainsi à venir à bout du cancer.

Il s'agit de stipendiums accordés à des universitaires ayant fait leur doctorat et qui — travaillant à plein temps dans les universités, hôpitaux universitaires, laboratoires de recherches ou autres institutions, ayant fait preuve d'intérêt et de capacités spéciales, ou en bonne voie de devenir des chercheurs indépendants dans le domaine des travaux sur le cancer lui-même et sur ses aspects expérimentaux et cliniques — désirent élargir leurs connaissances par une période d'étude dans un autre pays.

La durée normale de la bourse accordée sera de un an, mais cette période peut être prolongée ou abrégée dans certaines circonstances particulières. Le montant sera calculé d'après le salaire normal de l'intéressé et celui des personnes ayant des qualifications comparables au lieu où il désire étudier; une allocation est prévue pour les personnes à sa charge, ainsi que pour les frais de voyage (aller et retour) du domicile à la nouvelle place.

Les formules de requête et tous renseignements supplémentaires seront fournis par : International Union against Cancer, P. O. box 400, Geneva 2 (Switzerland).

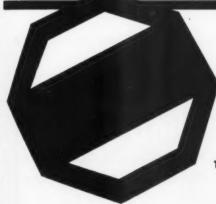
direxiode

Comprimés de di-iodo-hydroxyquinoléine

Parfaitement toléré, sans iodisme

Amibiase intestinale chronique Séquelles de dysenterie Colites rebelles Trichomonase

> Remboursé par la Sécurité Sociale Admis aux collectivités - P. classes 2 et 9



ENTÉRO GRANULÉ

Topique intestinal - Antidiarrhéique

Formule dérivée de la Pâte de RAVAUT



LABORATOIRES DELALANDE
16, rue Henri-Regnault, COURSEVOIE (Seine)

COLITES AIGUES ET CHRONIQUES DIARRHEES - FERMENTATIONS INTESTINALES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES SÉQUELLES D'AMIBIASE INTESTINALE SYNDROME ENTERO-RÉMAL.

Remboursé par la Sécurité Sociale Admis aux collectivités - P. classe 3

Ligue Nationale Française contre le Cancer pour l'année 1962.

Bourses de recherches sur le cancer, et bourses de stage de perfectionnement en cancérologie

Les demandes des candidats devront être adressées à la Ligue Nationale Française contre le Cancer, 6, avenue Marceau, Paris, 8°, au plus tard le 1° novembre prochain, par un parrain qualifié, de préférence par le directeur du laboratoire convenablement équipé ou le chef du service hospitalier où les boursiers seront agréés pour accomplir leur travail. Les candidats devront indiquer le sujet de ce travail, le plan de leurs recherches et les moyens dont ils disposent pour les mener à bien.

Le boursier devra consacrer tout son temps à son travail de laboratoire ou d'hôpital.



du pain et des féculents fermentations et gaz gastra-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salmaire ou pancréatique -Maladies par carence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES

2 Formes

Comprimés - Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER 10, rue Clapeyron - Paris (8*) MASSON et Cie, éd., 120, Bd St-Germain PARIS-6e

VADE-MECUM CLINIQUE DU MÉDECIN PRATICIEN

par

V. FATTORUSSO et O. RITTER

5e édition augmentée et mise à jour

47 NF

TRANSITOL

ASSURE LE TRANSIT INTESTINAL

SANS PURGATIF SANS FUITES ANALES



...RÉGULARISE LA FONCTION

EN RÉÉDUQUANT L'ORGANE...

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

GELÉE P. cl. 6

Prix SANITAS de 5.000 NF.

Afin de favoriser la Recherche scientifique, l'Association SANITAS, 47, rue de la Victoire, Paris, 9°, Association fonctionnant sous le régime de la loi 1901, et ayant pour objet la protection de la Santé publique, a décidé de décerner chaque année un prix de 5.000 NF destiné à récompenser un travail scientifique de recherches tendant à l'amélioration de la qualité de l'alimentation humaine.

Composition du jury. — Ce prix sera attribué par un jury présidé par M. Xavier Leclainche, membre de l'Académie de Médecine, Directeur Général de l'Assistance Publique et composé de MM. :

Léon Binet, membre de l'Académie de Médecine, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Roger Blas, membre de l'Académie d'Agriculture, Directeur de l'Institut Agronomique.

Pierre Chouard, Professeur à la Faculté des Sciences de Paris.

Roger Crosnier, Médecin-Général, Inspecteur Technique des Services de Santé des Armées.

Hugues Gounelle, Professeur Agrégé au Val-de-Grâce, Président du Centre de Recherches Cliniques et Biologiques sur la nutrition de l'homme.

Roger Heim, membre de l'Académie d'Agriculture, Directeur du Muséum National.

Julien Huber, membre de l'Académie de Médecine, Président de SANITAS.

Bernard Lafay, Sénateur, ancien Ministre de la Santé Publique, membre de l'Académie de Médecine.

Jean Lambert des Cilleuls, Médecin-Général, Président de la Société de Droit International Médical.



Adrian

S/N.BISMUTH EXTRA-LEGER ADRIAN

CARBONATE BISMUTH ADRIAN 100%

SILISMUTH

Bismuth

Carbonate 8i = 12 et 33 Carbonate 8i = 11 et 32

- S N BISMUTH extra-leger ADRIAN Sachets de S g Grand Modèle
- 2) CARBONATE BISMUTH 100 Sachets de 5 g Grand Mode

- Sachets de 10 g Grand Mode



Informations (Suite)

Georges Ley, Intendant-Général de 1re Classe (C. R.).

Henri Lion, Ingénieur-Chimiste, Président du G. I. R. R. A.-C. D. C.

Pierre Piganiol, Délégué général à la Recherche Scientifique.

Pierre Rolland, Docteur, membre de l'Académie de Pharmacie.

René TRUBAUT, Professeur à la Faculté de Pharmacie.

Me J.-L. Aujol, Avocat à la Cour.

Date-limite de dépôt des candidatures. — Les travaux concourant au Prix devront parvenir directement au secrétariat de l'Association, 47, rue de la Victoire, Paris, 9°, autant que possible en triple exemplaires, reliés ou brochés, avant le 15 octobre 1961.

Règlement intérieur. — Les travaux devront être écrits en langue française, imprimés ou à défaut dactylographiés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions ou des compléments ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Le jury est seul juge de l'attribution du Prix. Il peut ne pas le décerner si aucune œuvre ne lui paraît le mériter.

Les décisions du jury sont sans recours d'aucune sorte et n'ont pas à être motivées.

Aucune réclamation ne pourra être élevée contre quiconque au sujet de l'attribution du prix.

Les délibérations du jury sont secrètes. Le lauréat du Prix sera désigné par voie élective au scrutin secret.

Le Prix ne pourra être partagé, mais il pourra être attribué à l'ensemble de plusieurs collaborateurs.

Le Prix sera remis solennellement par le Président du jury au cours d'une réunion organisée à cet effet à laquelle sera conviée la Presse.

- Ulcères gastro-duodénaux
- Gastrites et duodénites
- Spasmes du pylore
- Dyspepsie nerveuse

ROTER

Comprimés

ROTER

LABORATOIRES SEPROTHER

5, Bd des Acacias
TOULON (Var)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

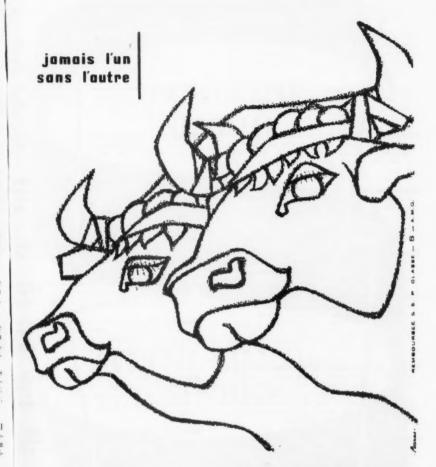
ORGANES DE L'APPAREIL DIGESTIF

PATHOLOGIE DIGESTIVE

Divers.

- Ecker (Jerome A.). Acute intermittent hepatic porphyria, a cause of unexplained abdominal pain. Am. J. Gastroenterol., 1. 31, nº 6, juin 1959, pp. 647-661, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Duret (R.-L.). Aspect clinique des dysglobulinémies primitives et secondaires. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 11, novembre 1559, pp. 598-607, bibliogr.
- Dulin (W. E.) et Miller (W. L.). Role of the pituitary in the response of rats to tolbutamide. Diabetes, t. 8, nº 3, mai-juin 1959, pp. 199-204, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Dooner (H.), Saavedra (J.) et Labrin (T.). Combined therapy in amebiasis. Gastroenterology, t. 36, no 6, juin 1959, pp. 819-822, 5 tabl., bibliogr.
- Donnet (V.) et Pruneyre (A.). Motricité gastrique et extrait posthypophysaire. J. Physiol., 1. 51, nº 3, mai-juin 1959, pp. 449-450, référ.
- Dioguardi (N.), Secchi (G. C.) et Lucchini (C. R.). Attività antiossidativa della bilirubina nei riguardi di omogenati di cuore, rene, milza, cervello di ratti normali ed itterici. Interferenza del citocromo C su detto fenomeno. Fegato, t. 5, no 1, mars 1959, pp. 20-27, 4 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Dijon (Jean-A.-C.). Contribution à l'étude du silicate de bismuth en thérapeutique gastro-entérologique. Th. méd. Paris, 1959, 842 [Etat], in-4° ronéot., 52 p., fig., tabl. (10 juillet 1959).
- Demeulenaere (L.). Conclusions [sur l'électrophorèse]. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 11, novembre 1959, pp. 594-597.
- De Groote (J.), Dawson (A. M.), Rosenthal (W. S.) et coll. Mcanisme et importance de la métabolisation périphérique de l'ammonium. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nos 6-7, juin-juillet 1959, pp. 323-334, 5 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Defrenne (P.). Apport de la radiologie dans le dépistage des malformations digestives néo-natales. Cah. méd. Auvergne, n° 5, mai 1959, pp. 233-247.

- Decaudaveine (J.). A propos du traitement de la maladie de Crohn. Ann. Chir., t. 43, nºs g-10, mai 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. C. 529-532.
- Cottet (Jean) et Cloarec (Maurice). Les hypocholestérolémiants. Vie méd., t. 40, numéro spécial, juin 1959, pp. 101-104.
- Engelberg (H.). Short term studies of effect of heparin upon cholesterol excretion in man. Proceed. Soc. exp. Biol., t. 402, nº 2, novembre 1959, pp. 365-367, 2 tabl., bibliogr.
- Erspamer (V.) et Testini (A.). Observations on the release and turnover rate of 5-hydroxytryptamine in the gastrointestinal tract. J. Pharm., t. 51, no 10, octobre 1959, pp. 618-623, 4 tabl., bibliogr.
- Fage (J. C.). Aperçu sur la polyvalence de l'utilisation du sous-nitrate de bismuth en médecine générale. Gaz. Hôp., t. 131, nº 17, 20 juin 1959, pp. 642-643, 1 tabl.
- Falck (Ingeborg). Klinische Leberzirrhose. IX. Zeichen der portalen Hypertension. Z. inn. Med., 1. 14, n° 18, 15 septembre 1959, pp. 880-884, bibliogr.
- Faribault (Claude). Observations de quelques cas de syndromes de la veine cave supérieure, traités par radiothérapie. Un. méd. Canada, t. 88, nº 7, juillet 1959, pp. 809-815, référ.
- Finochietto (Ricardo). Plegadura yeyunoileal o enteroptigia; operación de Noble. Procedimientos de Satinsky y de White. Prensa méd. arg., t. 46, nº 14, 3 avril 1959, pp. 863-869, 1 fig.
- Foglierini (Jacques). Action des eaux sulfatées calciques et magnésiennes sur le cholestérol et les lipides sanguins Presse therm. et clim., t. 96, n° 3, mai-juin 1959, pp. 86-95, bibliogr.
- Frazer (A. C.), Fletcher (R. F.), Ross (Constance A. C.) et coll. Gluten-induced enteropathy. The effect of partially digested gluten. Lancet, no 7007, 5 septembre 1959. pp. 252-255, 4 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Gaillemain (Jacques). Place de l'hydroxydione en chirurgie générale (Étude des solutions concentrées. Avantages. Inconvénients. Indications). Th. méd. Paris, 1959, 786 [État], in-4° dact., 32 p. (8 juillet 1959).



antibiotique + | actiflore

LABORATOIRES FRANÇAIS DE THÉRAPEUTIQUE, 3, ANG COURNIN - BORBERRY

- Pathologie digestive. Divers (suite).
- Fassina (G. F.). Risultati del trattamento del vomito postoperatorio mediante un nuovo derivato fenotiazinico : lo Stemetil. Min. med., t. 50, nº 44, 2 juin 1959, pp. 1750-1752, 3 tabl., référ.
- Gajdos (A.). La forme abdominale aiguë de la porphyrie idiopathique. Rev. méd.-chir. Mal. Foie, t. 29, nº 2, 1959, pp. 115-122, 2 fig.
- **Géraud (J.), Izard (J.)** et **Karkous (E.)**. Les accidents digestifs au cours des affections du système nerveux central. *Gaz. méd. Fr.*, t. **66**, n° 12, 25 juin 1959, pp. 1041-1048, 3 fig.
- Geslin (Arlette), née Maurel. Contribution à l'étude de quelques affections hépato-spléniques par cathétérisme veineux sus-hépatique. Th. méd. Paris, 1959, 967 [État]. Paris, Arnette, s. d. (1959), in-89, 74 p., 1 dépl. (10 décembre 1959).
- Gigglberger (H.). Komplikationen bei der Laparoskopie. Erfahrungen bei 1.200 Bauchhöhlenspiegelungen. Gastroenterologia, t. 91, n° 6, 1959, pp. 375-388, bibliogr.
- Goffrini (P.), Rastelli (G. C.) Magnani (L.) et coll. La diagnosi di localizzazione delle emorragie del tubo digerente con la I. 131 albumina (Ricerche sperimentali e primi risultati clinici). Min. chir., t. 14, nº 19, 15 octobre 1959, pp. 1183-1188, 12 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Goffrini (P.), Rastelli (G. C.), Magnani (L.) et coll. L'aortografia addominale e l'applicazione intraoperatoria di un tracciante radioattivo nella diagnosi di localizzazione delle emorragie in atto del tubo digerente. Min. med., 1. 50, nº 95, 28 novembre 1959, pp. 3865-3874, 13 fig., bibliogr.
- Goinard (P.), Pegullo (J.) et Pélissier (G.). Sur le drainage en chirurgie abdominale. Techniques et indications actuelles. Mém. Acad. Chir., t. 85, nºa 28-29, (séance du 18 novembre 1959), pp. 742-746, 1 fig., discuss.
- Gorse (J.). Douze séances de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Gaz. méd. Fr., t. 86, nº 20, 25 octobre 1959, pp. 1569-1573, bibliogr.: 45 référ.
- Grau (M.) et Dol (P.). A propos d'un cas d'hypertension portale. Soc. Méd milit. fr., t. 53, nº 4, avril 1959, pp. 110-112.
- Graveleau (Daniel). Maladies de surcharges glycogéniques. Conc. méd., t. 81, nº 24, 13 juin 1959, pp. 2807-2809.
- Grimsehl (H.) et Wenz (W.). Zur Klinik der grossen Mesenteriallipome. Langenbecks

- Arch. klin. Chir., t. 291, no 1, 8 mai 1959, pp. 49-55, 5 fig., bibliogr.
- Guth (Paul H.) et Allen (Ronald). Evaluation of an aniacid-antisecretory drug. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 3, septembre 1959, pp. 360-369, 5 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Hachette (Jean-Claude). Laparoscopie-laparographie. Technique. Applications. $Th. m\acute{e}d. Paris, 1959, 484$ [État], in- 6 0 dect. 6: p. (8 juin 1959).
- Handford (Stanley W.). An experimental study of ammonium intoxication. Gastro-enterology, t. 36, no 6, juin 1959, pp. 770-779, 4 fig., 5 tabh., bibliogr.: 42 refer.
- Hardaway (Robert M.) et McKay (Donald G.). Intravascular thrombi and the intestinal factor of irreversible shock. Ann. Surg., t. 150, nº 2, août 1959, pp. 261-265, 6 fig., bibliogr.
- Hawkins (G. F.) et Fawns (F. T.). An appraisal of phenylbutazone suppositories. Brit. med. J., no 5154, 17 octobre 1959, pp. 740-743, n fig., bibliogr.
- Heatley (N. G.). Mucosubstance as a barrier to diffusion. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 313-317, 4 fig., bibliogr.
- Heatley (N. G.). Some experiments on partially purified gastrointestinal mucosubstance. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 304-312, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Heremans (J.). Quelques données de l'immuno-électrophorèse en pathologie hépatique. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 11. novembre 1959, pp. 582-593, 7 fig., bibliogr. discuss.
- Hertzog (Ambrose) et coll. Clinicopathological conference, Am. J. Gastroenterol. t. 31, nº 6, juin 1959, pp. 684-696, 7 fig. discuss., référ.
- Hitzenberger (G.). Weitere röntgenologische Untersuchungen über die choleretische Wirkung der α-Naphthylessigssäure und des Para-Tolymethylearbinol-Nikotinsäure und des Para-Tolymethylearbinol-Nikotinsäureesters. Wien. med. Wehschr., t. 109, n° 37, 12 septembre 1959, pp. 707-708, bibliogr., 10 fig. en 2 pl. h. t.
- Hoffmann (C. Rowell). Maintenance therapy in gastrointestinal disorders. 18-month study of a new anticholinergic. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 3, septembre 1959, pp. 370-374, 1 tabl., bibliogr.
- Horovitz (L.). Traumatische Perforation des Rektums. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 30. 25 juillet 1959, pp. 1205-1207, référ.

SECRETINE SINBIO

hormone régulatrice des sécrétions du carrefour duodénal

> AMPOULES BOITE DE 6

959,

ion im. bre ogr.

ict.

ntal tro-

inal inal rg., fig.,

959

parlogr.

im-

gr.

olool., lig.,

Virdes

37, gr.,

apy udy tro-

des 30, SUPPOSITOIRES

HORMONE LIPOCATQUE SINBIO

Réglemente le métabolisme des lipides

DRAGÉES DOSÉES A 0,10

Échantillons et littérature sur simple demande adressée à :

SINBIO

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE BIOLOGIE 7. AVENUE DES SOURCES - NICE

- Pathologie digestive. Divers (suite).
- Coqui (Carlos). Radiología de las glándulas salivales. Rev. Gastroenter. Méx., t. 24, nº 1/90, mars-avril 1959, pp. 110-1/90, 1/1 fig.. bibliogr.
- Gloson (Jacques), Salvatore (Gaetano), Michel (Raymond) et coll. Dégradation de l'ester sulfurique de la 3:5:3'-triiodo-L-thyronine par les bactéries intestinales du rat. C. R. Soc. Biol., t. 153, nº 7, 2\'n novembre 1959, pp. 1120-1125, 2 fig., 2 tabl., référ.
- Clemens (M.). Modifizierung der Billroth-I-Resektion zur Verhütung des Dumpingsyndroms. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 42, 17 octobre 1959, pp. 1697-1702, 3 fig., bibliogr.
- Glauss (Roy H.), Junker (Ralph D.), Browning (Louis D.) et coll. Hypothermia for portacaval shunts. Ann. Surg., t. 450, no 1, juillet 1959, pp. 99-103, 2 tabl., bibliogr.
- clarke (James S.), McKissock (Paul K.) et Cruze (Kenneth). Studies on the site of origin of the agent cusing hypersecretion in dogs with portocaval shunts. Surgery, t. 46, no 1, juillet 1959, pp. 48-55, 5 fig., 2 tabl., bibliogr., discuss.
- Chapman (Niles D.), Nyhus (Lloyd M.) et Harkins (Henry N.), Abdominal paracentesis as a diagnostic aid. J. A. M. A., t. 470, n° 14, 14° août 1959, pp. 1635-1628, bibliogr.
- Chanin (Irving F.) et McElwain (Jack W.). Management of advanced radiation proctitis. Ann. Surg., t. 150, n° 5, novembre 1959, pp. 890-894, bibliogr.
- Chance (Britton) et Conrad (Helen). Acidlinked functions of interpediates in oxidative phosphorylation. J. biol. Chem., t. 234, n° 6, juin 1959, pp. 1568-1570, 5 fig., bibliogr.
- Chabrol (E.). Le cholestérol vu par les médecins de 1937. Gaz. méd. Fr., t. 66, nº 14, 25 juillet 1959, pp. 1199-1202.
- Geccaldi (P.), Lahbabi (H.), Acquaviva (R.) et coll. Lésions traumatiques fermées de l'abdomen opërées au Centre Hospitalier de Casablanca en deux ans. Maroc méd., t. 38, nº 407, avril 1959, pp. 601-606, 1 tabl.
- Gattan (Albert). Le syndrome de malabsorption. Gaz. méd. Fr., t. 66, nº 20, 25 octobre 1959, pp. 1553-1559, bibliogr.
- Garraud (Georges). Sénescence et Châtel-guyon. Presse therm. et clim., t. 96, nº 3, mai-juin 1959, pp. 100-102.
- Caroli (J.), Maurat (J.-P.). et Fouet (P.). Problèmes thérapeutiques posés par les fistules digestives. Presse méd., t. 67, n° 36, 25 juillet 1959, pp. 1443-1444, 1 tabl., référ.

- Caroli (J.) et Fourès (A.). Valeur diagnostique de la laparophotographie. J. intern. Coll. Surg., 1. 32, nº 4, octobre 1959. pp. 431-433.
- Caroli (J.). La gammagraphie: sa valeur diagnostique, confrontation avec la laparophotographie en couleurs. *Document. méd.*, t. 4, no 32, mars 1959, p. 25-34.
- Capra (Paolo). L'addome acuto non chirurgico (Considerazioni patogenetiche e cliniche). Policlin., Sez. prat., t. 66, nº 22, 1er juin 1959, pp. 761-774, 2 tabl., bibliogr.
- Capesius (Catherine), née Kisliakoff. Contribution à l'étude de la maladie de Minkowski-Chauffard. Th. méd. Paris, 1959, 609 [État], in-4° dact., 52 p. (22 juin 1959).
- Caouette (Robert). La douleur thoracique ou abdominale. Laval méd., t. 28, nº 1, juin 1959, pp. 61-68.
- Byrne (John J.). Recent advances in diagnosis and treatment of the acute abdomen. Surg. Clin. N. Am., t. 39, n° 5, octobre pp. 1337-1368, 11 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Buzzi (Alfredo), Fustinoni (Osvaldo), Gutierrez (Tomas J.) et coll. Trombosis de la vena cava inferior. Rev. Asoc. méd. arg., t. 73, nº 6, juin 1959, pp. 189-195, 4 fig., rêfér.
- Burrows (Robert B.). Morphological differentiation of Entamoeba Hartmanni and E. Polecki from E. histolytica. Am. J. trop. Med., t. 8, n° 5, septembre 1959, pp. 583-589, 2 fig., bibliogr.
- Bsteh (0.). Modifizierte Gallengangsonde zur Papillensarierung. Wien. klin. Wchschr., 174, non 38-39, 25 septembre 1959, pp. 741-743, 3 fig., bibliogr.
- Brust (Albert A.), Howard (John M.), Bryant (Milton R.) et coll. Coarctation of the abdominal aorta with stenosis of the renal arteries and hypertension. Clinical and pathologic study of two cases and review of the literature. Am. J. Med., t. 27, n° 5, novembre 1959, pp. 793-802, 7 fig., 1 tabl. bibliogr.
- Brullard (Daniel). La Colimycine. Essais thérapeutiques au cours d'une épidémie hospitalière à Escherichia coli pathogènes. Thméd. Lille, 1959, 31 [État]. Paris, Exp. sc. fr., 1959, in-8°, 67 p., 20 tabl. (6 mai 1959).
- Becker (Teho). Zur Kausalität der bösarligen Gallenwegsgeschwülste. Bruns Beitr. klin. Chir., t. 198, no 3, 1959, pp. 284-296, ½ fig.. 2 tabl., bibliogr.

BISMUTITANE TITANE COIRRE

PANSEMENTS GASTRO-INTESTINAUX

2 à 4 cuillerées à café par jour

COIRRE

NOUVEL AGENT HORMONAL ANTI-ULCÉREUX

ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX GASTRITES - DUODÉNITES - HYPERCHLORHYDRIE

Comprimés

6 unités rats

4 comprimés par jour

L'unité rat est la quantité minima de substance suffisant à empêcher la formation d'ulcères dans l'estomac de rais, pesant 200 gr., dont le pylore a été ligaturé.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

ANTILONE

P. Cl. 16 le flacon de 20 comprimés

BISMUTITANE

P. Cl. 5 la botte de 105 grammes

TITANE

n.

ni-

iog

ain

rg.

de

ig.,

ffe

op.

141-

(.), of the

iew 5,

bl.,

thé-

50)

gen lin. fig., P. Cl. 2 la botte de 105 grammes

COIRRE

5, Boulevard du Montparnasse - PARIS (6°)

Pathologie digestive. Divers (suite).

- Blanchet-Caplot (M^{mo} Claude). Maladie de Rendu-Osler et curiethérapie. Th. méd. Paris, 1959, 549 [État], in-5º ronéot., 75 p., 4 pl. h. t., fig., tabl. (16 juin 1959).
- Kronberger (Leo). Über die Ergebnisse der intragastralen pH-Metrie bei Erkrankungen der Gallenblase. Medizinische, nº 47, 21 novembre 1959, pp. 2276-2277, bibliogr.
- Kronberger (L.). Die Verwendung der intragastralen pH-Messung zur Diagnose bei Magenblutungen. Wien. med. Wehschr., t. 109, no 37, 12 septembre 1959, pp. 712-714, 2 fig., bibliogr.
- Kronberger (Leo). Die Milchsäurewerte beim Magenkarzinom und ihr Einfluss auf die intragastrale pH-Metrie. Medizinische, n° 23, 6 juin 1959, pp. 1114-1115. référ.
- Krainick (H. C.) et Mohn (G.). Weitere Untersuchungen über den schädlichen Weizenmehlessekt bei der Cöliakie. II. Die Wirkung der enzymatischen Abbauprodukte der Gliadin. Helv. pxed. Acta, t. 14, n° 2, juin 1959, pp. 124-140, 4 sig., 5 tabl., bibliogr.
- Kothe (W.) et Czaika (F.). Gastroenterogene Mediastinalzysten im Säuglings- und Kleinkindesalter. Zbl. f. Chir., t. 84, no 31, 1er août 1959, pp. 1232-1238, 8 fig., bibliogr.
- Kinley (Lois J.) et Krause (R. F.). Influence of vitanin A on cholesterol blood levels. Proceed. Soc. exp. Biol., t. 102, nº 2, novembre 1959, pp. 353-355, 2 tabl., bibliogr.
- Kereluk (K.). Studies on the bacteriological quality of frozen meat pies. III. Identification of Enterococci isolated from frozen meat pies. Appl. Microbiol., t. 7, nº 5, septembre 1959, pp. 324-326, 3 tabl., bibliogr.
- Kereluk (K.) et Gunderson (M. F.). Studies on the bacteriological quality of frozen meat pies. IV. Longevity studies on the coliform bacteria and Enterococci at low temperature. Appl. Microbiol., t. 7, no 5, septembre 1959, pp. 327-328, 1 tabl., bibliogr.
- Keeley (Francis X.), Misanik (Lawrence F.) et Wirts (C. Wilmer). Abdominal angina syndrome. Gastroenterology, t. 37, n° 5, octobre 1959, pp. 480-482, bibliogr.
- Juergens (John L.) et Achor (Richard W. P.). Current practices in general medicine. XI. Essential hypercholesteremia and its management. Proceed. Staff Meet. Mayo Clin., t. 34, n° 23, 11 novembre 1959, pp. 533-542, bibliogr.
- Joseph (R.), Nezelof (C.), Job (J. C.) et coll. Syndrome hépatique de Chiari chez un

- nouveau-né. Rev. intern. Hépatol., t. 9, nº 3, 1959, pp. 291-292.
- Jonio. Traitement des troubles digestifs du nourrisson et du jeune enfant. Gaz. méd. Hôp., l. 131, nº 28, 10 octobre 1959, pp. 917-918.
- Janet (Jacques) et Tajan (Yves). L'électrophorèse digestive du bromure de N-butylhyoscine. Thérap., t. 35, nº 7, juillet 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 627-629, 4 fig., référ.
- Izzedine (A.), Scheiffarth (F.), Frenger (W.) et coll. Veigleichende Serumuntersuchungen über Verhalten und Bedeutung von Autoantikörpern und Fermentaktivität bei Leberkrankheiten. Gastroenterologia, t. 91, nº 6, 1959, pp. 402-409, 2 labl., bibliogr.
- Indovina (D.). Sulle proprietà antitossiche di laluni estratti totali di fegato. Policlin., Sez. med., t. 66, nº 3, mai-juin 1959, pp. 190-196, bibliogr.
- Huguier (Jacques) et Mathon (Jean-François). Antibiotiques et pathologie chirurgicale de l'abdomen. Vie méd., t. 40, nº 6, juin 1959, pp. 523-526.
- Kaplan (Mureel H.), Boyce (Frederick Fitzherbert), Hyde (Paul M.) et coll. Panel discussion on steroids in gastroenterology. Am. J. Gastroenterol., t. 31, nº 6, juin 1959, pp. 611-633. 9 fig., discuss., référ.
- Bunker (J. P.), Bendixen (H. H.), Sykes (M. K.) et coll. A comparison of ether anesthesia with thiopental nitrous axide succinylcholine for upper abdominal surgery. Anæsthesiol., t. 20, n° 6, novembre-décembre 1959, pp. 745-752, 7 tabl., bibliogr.

ŒSOPHAGE

Divers.

- Jankelson (I. R.) et Jankelson (0. M.). Topical anesthetic and antacid in the treatment of peptic esophagitis. A preliminary report. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 5, novembre 1959, pp. 636-641, 1 tabl., bibliogr.
- Kulick (George) et Rousselot (Louis M.).
 Combined pressure control and signal apparatus for safer emergency management of bleeding esophagogastric varices. Gastroenterology, t. 36, nº 6, juin 1959, pp. 756-759, 3 fig., bibliogr.
- Buono (M. S. del). Zysie in der Osophaguswand. Fortschr. Röntgenstr., t. 94, no 5, novembre 1959, pp. 671-673, 4 fig.

50 ans d'expérience en thérapeutique des voies digestives

CORÉINE STAL-KOSAL BISMUTH-MUCHLAGE

> Caboratoire Alf. Daniel Bruney Boulogne sur Seine. MOL. 3616

OEsophage. Divers (suite).

- Catalano (D.), Mariosa (L.), Giardiello (A.) et coll. Osservazioni sulla fisiologia dell'esofago distale : il transito esofago-gastrico in rapporti alle fasi respiratoric. Studio reentgencinematografica. Rif. med., t. 73, nº 26, 27 juin 1959, pp. 722-726, 4 fig., bibliogr.
- Gianciarulo (Romeu), Nakadaira (Akira) et Brito (Thales de). Enxèrto de esòfago. Estudo experimental. Rev. Hosp. Clin., t. 14, n° 2, mars-avril 1959, pp. 106-112, 10 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Holaday (William J.). Rupture of esophagus by compressed air. N. Engl. J. Med., J. 261, 10° 21, 19 novembre 1959, pp. 1071-1073, 3 fig., bibliogr.
- Heronge (B.). Complications du tamponnement œsophagien. Presse méd., t. 67, nº 35, 18 juillet 1959, p. 1423.
- Grand (Jacqueline-A.), née Richard. Étude de 350 biopsies et de 42 cyto-diagnostics œsophagiens. Th. méd. Paris. 1959, 840 [État], in-4° dact., 41 p., 3 fig. en 1 pl. h. t., 11 tabl. (10 juillet 1959).
- Francioli (P.) et Mamie (M.). Un cas de léiomyome de l'œsophage. Gastroenterologia, t. 92, nºs %-6, 1959, pp. 257-261, 3 fig.
- Dalgaard (Jorgen B.). Intracranial infections causing esophagomalacia and gastromalacia. A postmortem study of eleven cases. (V. Ulver and brain). Gastroenterology, t. 37, n° 1, juillet 1959, pp. 28-34, 4 fig., 1 tabl., bibliogr.

Ulcère. Diverticules.

- Hirsch (F.), Brombart (M.) et Schuermans (J.). Les polypes de l'œsophage. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nºº 6-7, juinjuillet 1959, pp. 361-367, 2 fig., référ., discuss.
- Hillemand (P.) et Kurc (D.). A propos des diverticules de l'œsophage. Gaz. méd. Fr., 1. 66, nº 20, 25 octobre 1959. pp. 1539-1546, 10 fig.
- Guérin (Claude-A.). L'ulcère peptique de l'oesophage. Th. méd. Paris, 1959, 684 [État]. Paris, TAIB, 1959, in-8° ronéot., 74 p., (25 juin 1959).
- Grant (J. C.) et Arneil (Gavin C.). Congenital diverticulum of the esophagus. Surg., t. 46, n° 5, novembre 1959, pp. 966-972, 7 fig., bibliogr.

Méga-æsophage.

- Jung (Rodney C.). Chagas' disease, a possible cause of megaesophagus and megacolon. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 3, septembre 1959, pp. 311-316, bibliogr., discuss.
- Köberle (G.) et Penha (P. D.). Chagas-Megaösophagus (Quantitative Untersuchungen des intramuralen Nervensystems der Speiser röhre). Z. Tropenmed., t. 10, n° 3, november 1959, pp. 291-295, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.

Œsophagites. Sténoses.

- Gaillard (J.). Les œsophagites par reflux gastro-œsophagien. Rev. Iyonn. Méd., t. 8, nº 10, 30 mai 1959, pp. 731-740.
- Eonrad (Rainer M.) et Rotthoff (Fred). Der Brachyösophagus (Pathogenese, Diagnose und Klinik des angeborenen und erworbenen kurzen Osophagus). Bruns Beitr. klin. Chir., t. 196, no 4, 1959, pp. 448-462, 5 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Divertie (Matthew B.). Esophageal obstruction due to amyloid deposits complicating multiple myeloma. Proceed. Staff Meet. Mayo Clin., t. 34, no 22, 28 octobre 1959, pp. 529-532, 1 fig., bibliogr.
- Fèvre (Marcel). Problèmes urgents posés par l'atrésie de l'œsophage. Presse méd., t. 67, nº 47, 10 octobre 1959, pp. 1745-1747.
- Dor (J.), Reboud (E.), Humbert (P.) et coll. Rétrécissement caustique de l'esso-phage. Anastomose œso-gastrique. Mars. chir., t. 44, n° 3, mai-juin 1959, pp. 378-379.

Cancer de l'æsophage.

- Diethelm (Lothar). Zur Behandlung des Ösophaguskarzinoms. Strahlenther., t. 409, n^{ost} 2-3, 1959, pp. 268-288, 12 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Joske (R. A.) et Benedict (Edward B.). The role of benign esophageal obstruction in the development of carcinoma of the esophagus. Castroenterology, t. 36, nº 6, juin 1959, pp. 749-755, bibliogr.
- Hervé (André). Cyclothérapie du cancer de l'esophage. J. Radiol., t. 40, nº 11, novembre 1959, pp. 656-664, g fig., 6 tabl., bibliogr.
- Celestin (L. R.). Permanent intubation in inoperable cancer of the œsophagus and cardia. A new tube. Ann. roy. Coll. Surg. Engl., t. 25, nº 2, aodt-septembre 1959, pp. 165-170, 2 fig., bibliogr.

Affections gastriques :

Gastrites

Aérophagie

Pyrosis

CARBOPHOS

l à 2 comprimés 3 fois par jour

P cl. 2

Affections intestinales

Colites fonctionnelles

Entéro-colites

Flatulences

Laboratoire U P S A — AGEN (L.-&-G.)

PARIS (17°) — 37, rue des Acacias

Chirurgie de l'æsophage.

- Habif (David V.). Treatment of esophageal varices by partial esophago-gastrectomy and interposed jejunal segment. Surgery, t. 46, no 1, juillet 1959, pp. 212-237, 8 fig., 2 tabl., bibliogr., discuss.
- Chevret (R.). Résultats d'une série de 23 interventions pour brachyœsophage chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Mén. Acad. Chir., t. 85, nºs 24-25, 14 octobre 1959, pp. 632-638, 4 fig., bibliogr., discuss.
- Ellis (F. Henry). A plea for conservatism in esophageal surgery. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, no 1, juillet 1959, pp. 101-102.
- Dorsey (John M.), Hohf (Robert P.) et Lynn (Thomas E.). Relationship of peptic esophagitis to spontaneous rupture of esophagus. Arch. Surg., t. 78, nº 6, juin 1959, pp. 878-888, 3 fig., 2 tabl., bibliogr., discuss.
- Greamer (B.), Harrison (G. Kent) et Pierce (J. W.). Further observations on the gastrocesophageal junction. Thorax, t. 44, nº 2, juin 1959, pp. 132-137, 7 fig., référ.
- Kuykendall (Samuel J.), Phillips (Donald F.) et Ellis (F. Henry) ir. Effect of gastric-drainage procedures on experimental canine esophagitis. Surg., Gyn. and Obst., t. 409, no 4, octobre 1959, pp. 450-454, 4 fig., bibliogr.

Radiologie de l'æsophage.

Johnstone (Alan S.). Observations on the radiologic anatomy of the œsophagogastric junction. Radiology, L. 73, nº 4, octobre 1959, pp. 501-510, 17 fig., bibliogr.

Hernie hiatale.

- Dor (J.). Au sujet des hernies diaphragmatiques. Ouest méd., t. 12, nº 14, 25 juillet 1959, pp. 497-503.
- Cruze (Kenneth), Byron (Francis X.) et Hill (James T.). The association of peptic ulcer and symptomatic hiatal hernia. Surg., t. 46, nº 4, octobre 1959, pp. 664-668, 6 tabl., bibliogr.
- Craighead (Claude C.) et Reyes (Raul C.). The surgical approach to hiatal hernia in the patient past 60 years of age. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 1, juillet 1959, pp. 15-37, 3 fig., référ., discuss.
- Giacche (Ottavio). Caso di ernia dello hiatus esofageo e suo trattamento. Gazz. med. ital., t. 118, nº 4, avril 1959, pp. 173-174, 2 fig.,

- Giardiello (Alberto). Le ernie dello hiatus esofageo (Studio anatomico, patogenetico, radiologico). Rass. intern. Clin. e Ter., t. 39, nº 18, 30 septembre 1959, pp. 869-898, 27 fig.; pp. 899-910, 13 fig.
- Grage (Theodor B.), MacLean Lloyd (D.) et Campbell (Gilbert S.). Traumatic rupture of the diaphragm. A report of 26 cases. Surg., t. 46, nº 4, octobre 1959, pp. 669-681, I fig., 5 tabl., bibliogr.
- Groves (Laurence L.), Martinez (William V.) et Effler (Donald B.). Transthoracic repair of esophageal hiatus hernia: evaluation of 200 consecutive cases. J. thor. and cardiovasc. Surg., t. 38, no 4, octobre 1959, pp. 537-552, 5 fig., 9 tabl., bibliogr.
- Gutiérrez Vasquez (Samuel). Hernia diafragmática. Rev. Gastroenter. Méx., t. 24, nº 141, mai-juin 1959, pp. 157-162.
- Handelsman (J. C.). A technique for increasing abdominal capacity in the repair of massive ventral hernia. Surg., Gyn. and Obst., t. 108, no 6, juin 1959, pp. 751-755, 5 fig., référ.
- Chêne (P.), Gorse (J.) et Simon (A.). Réflexions sur la clinique des hernies diaphragmatiques. Gaz. méd. Fr., 1. 66, n° 20, 25 octobre 1959, pp. 1519-1526.
- Gavalor (A.) et Agati (G.), L'ernia diaframmatica di Morgagni-Larrey. Studio clinicoradiologico e contributo casistico. Min. med., t. 50, nº 49, 20 juin 1959, pp. 2001-2015, 16 fig., bibliogr.
- Burke (Joyce B.). Partial thoracic stomach in childhood. Brit. med. J., no 5155, 24 octo-bre 1959, pp. 787-792, 8 tabl., bibliogr.

ESTOMAC. DUODÉNUM

Divers. Gastroscopie. Tubage.

- Justin-Besançon (L.), Moutier (Fr.), Cornet (A.) et coll. Mucus gastrique. Importance physio-pathologique. Composition et dosage. I. Le mucus gastrique et ses propriétés biologiques. II. Sécrétion mucineuse gastrique provoquée par l'insuline. III. Sécrétion mucineuse gastrique provoquée par l'histamine. IV. Sécrétion mucineuse gastrique provoquée par l'acéty-5-méthyl-choline. Path. et Biol., t. 7, nºº 21-22, novembre 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. 2243-2280, 11 fig., 9 tabl., bibliogr.
- Brummer (Pekka) et Tawast (Mauno). Effect of some common sulphonamides and antithyroid drugs on the acid gastric secretion. Gastroenterologia, t. 92, nº 2, août 1959, pp. 55-58, référ.

GOÛT AGRÉABLE

gras dosé

PRÉCISION

EN CHOLECYSTOGRAPHIE

REMBOURSE PAR LA S.S. - AGREE A.M.G. - COLLECTIVITÉS

Pal

repas

Laboratoires BIODICA-SOUDAN 48, rue d'Alésia, PARIS-XIVO - Tél. GOB 06-89

- Estomac. Duodénum. Divers. Gastroscopie. Tubage (suite).
- Jouve. Deux observations d'épithélioma de l'estomac au stade muqueux. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 4, 20 mars-17 avril 1959, pp. 83-86, discuss.
- Jude (James R.) et Harris (Alvin H.). A study of uropepsin as a reflection of gastric secretory activity. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, nº 5, novembre 1959, pp. 761-768, 10 fig., bibliogr.
- Butler (Richard L.) et Cotran (Ramxi). Petrified stomach. N. Engl. J. Med., t. 261, n° 2, 9 juillet 1959, pp. 84-88, 2 fig., référ.
- Cahen (Raymond), Geffroy (Françoise) et Clavel (Jacqueline). Absorption gastrique de l'acide acétylsalicylique. J. Physiol., t. 54, n° 3, mai-juin 1959, pp. 522-523, référ.
- Gaputto (Ranwel), Smith (William 0.), Tang (Jordan) et coll. Fractionation of the biologically active large molecular components of human gastric content. Gastroenterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 439-444, 7 fig., bibliogr.
- Gasassa (P. M.) et Mauro (G.). Contributo gastrobioptico allo studio della mucosa gastrica nel vecchio. Min. med., t. 50, nºa 63-64, 11 août 1959, pp. 2490-2494, 6 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Gillespie (Ian E.). Influence of antral pH on gastric acid secretion in man. Gastroenterology, t. 37, nº 2, août 1959, pp. 164-168, 8 fig., bibliogr.
- Chokas (William V.), Connor (Daniel H.) et Innes (Robert C.). Giant hypertrophy of the gastric mucosa, hypoproleinemia and cdema (Menetrier's disease). Am. J. Med., t. 27, no 1, juillet 1959, pp. 125-131, 5 fig., bibliogr.
- Christensen (L. Korsgaard) et Eriis (Thorkild). Uropepsin excretion and vitamine B₂ absorption in pernicious anæmia and gastric achlorhydria. Dan. med. Bull., t. 6, nº 3, mai 1959, pp. 81-85, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Golombo (Bruno). L'impiego terapeutico del metionin-metil-solfonio nell'insufficienza epatica e nell'ulcera gastro-duodenale. Min. med., t. 50, nº 75, 19 septembre 1959, pp. 2944-2949, 3 tabl., bibliogr.
- Cook (Thomas D.). Gastroschisis. A method of treatment. Surg., t. 46, no 3, septembre 1959, pp. 618-623, 3 fig., bibliogr.
- Gooperstein (I. L.). The inhibitory effect of strophanthidin on secretion by the isolated gastric mucosa. J. gen. Physiol., t. 42, no 6,

- 20 juillet 1959, pp. 1233-1239, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Housset (P.). Intérêt de la gastroscopie dans le diagnostic des affections de l'estomac. J. Méd. Paris, t. 79, nº 6, juin 1959, pp. 262-271.
- **Heggo (Ottar).** Gastritis phlegmonosa. *Nord. Med.*, t. **62**, no 28, g juillet 1959, pp. 1034-1035, 2 fig., référ., rés. angl.
- Heinkel (K.). Gastroskopie und Gastrobiopsie bei der Diagnostik des Magenkarzinoms. Krebsarzt, t. 14, nos 10-11, 1959, pp. 413-421, 6 fig., 1 labl., bibliogr.
- Harrison (R. C.), Gouws (F.) et Shimizu (H. J.). Control of gastric secretion by the antrum. Arch. Surg., t. 78, n° 6, juin 1959. pp. 832-835, 1 fig., bibliogr., discuss.
- Ghosh (M. N.). Inhibition of acid gastric secretion in the rat by chorionic gonadotrophin. J. Physiol., t. 147, n° 3, octobre 1959, pp. 585-590, 5 fig., bibliogr.
- Guerre (J.). La diététique des gastrites chroniques. J. Méd. Paris, t. 79, nº 6, juin 1959, pp. 245-252.
- Heinkel (Klaus). Histologie der chronischen Gastritis im Biopsiematerial. Gastroenterologia, t. 92, nºº 4-6, 1959, pp. 322-335, 13 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gonzalez (M.), Gutiérrez (E.) et Ortiz (O.). Comentarios acerca de un caso de úlcera gástrica micótica. Rev. elin. esp., t. 73, nº 1, 15 avril 1959, pp. 68-71, 5 fig., bibliogr.
- Garrido-Klinge (German) et Peña (Luis). The gastroduodenal ulcer in high altitudes (Peruvian Andes). Gastroenterology, t. 37, nº 4, octobre 1959, pp. 390-500, 11 tabl., bibliogr.
- Dussardier (Michel). Origine des contractions rythmiques de l'estomac chez les Ruminants. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, pp. 157-458, référ.
- Garcia Morato (V.). Estudio de las correlaciones entre proteinas, mucoproteinas, fósforo y ácido clorhídrico de la secreción gástrica. Arch. Med. exp., 1. 20, nº 2, 1959. pp. 223-238, 4 fig., 5 tabl. bibliogr.
- Garcia-Morato (V.). Componentes de la secreción gástrica que intervienen en las variaciones de la acidez iónica. Arch. Med. exp., t. 20, nº 2, 1957, pp. 119-139, 6 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Frumusan (P.). L'insuffisance sécréloire gastrique. Presse méd., t. 67, nº 38, 8 août 1959, pp. 1483-1485.

KAMYCINE

capsules

l'antibiotique de l'intestin

Remboursé S. S. 90 %



Laboratoires BRISTOL

32, rue de l'Arcade, Paris-8e - Anj. 49-70

- Estomac, Duodénum, Divers. Gastroscopie, Tubage (suite).
- Friedrichs (H.). Phlegmonöse Gastritis. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 35, 29 août 1959, pp. 1/10-1/12, référ.
- Friedman (A. I.). « Hypertrophic » gastritis. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 1, juillet 1959, pp. 80-81, référ.
- Fabi (M.). Gastrite ipertrofica gigante simulante una neoplasia gastrica. Min. chir., t. 14, nº 200, 31 octobre 1959, pp. 1244-1251, 13 fig., bibliogr.
- Davenport (Horace W.) et Allen (Ruth). Are surface epithelial cells necessary for t. 37, n° 2, août 1959, pp. 158-163, 3 fig., t tabl., bibliogr.
- Debray (Ch.), Cattan (R.), Hamburger (J.) et Coll. Les gastrites. Quelles sont les possibilités thérapeutiques actuelles? Presse méd., t. 67, nº 48, 17 octobre 1959, pp. 1785-1789, discuss.
- Dragstedt (Lester R.), Kohatzu (Soichi), Gwaltney (James) et coll. Further studies on the question of an inhibitory hormone from the gastric antrum. Arch. Surg., t. 79, n° 1, juillet 1959, pp. 10-21, 13 fig., bibliogr.
- Duret (R.) et Jacobs (E.). Étude comparative du tubage gastrique à l'histamine et de l'épreuve aux résines colorées. Acta gastreenter. belg., t. 22, nº 5, mai 1959, pp. 282-291, tabl., bibliogr., discuss.

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Traitement médical.

- Jinich (Horacio). La úlcera duodenal en las mujeres mexicanas. Algunas consideraciones sobre posibles factores etiológicos. Rev. Invest. clin., t. 41, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 35-44, 3 tabl., rêfér.
- Kaludi (M.). Contribution au traitement de l'ulcère gastro-duodénal par le Robuden. Un. méd. Canada, t. 88, nº 10, octobre 1959, pp. 1208-1214, 1 tabl., bibliogr.
- Kherumian (R.) et Moullec (J.). Les groupes sanguins A B O dans les cancers et les ulcères de l'estomac et du duodénum. Rev. Hématol., t. 44, n° 2, avril-juin 1959, pp. 144-155, 11 tabl., bibliogr.
- Kocaoglu (Hayrullah) et Ertat (Sabiha). Trichophytobezoard gastro-duodenal. J. Chir., t. 78, no r. juin-juillet 1959, pp. 67-72, 6 fig.

- Kowalewski (K.). Effect of certain androgenic steroids and cortisone on gastric ulcerogenesis in fasting rats. Proceed. Soc. exp. Biol. and Med., t. 404, no 1, mai 1959, pp. 147-150, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Conway (E. J.), Fitzgerald (0.), McGeeney (K.) et coll. The location and origin of gastric urease. Gastroenterology, t. 37, nº 4, octobre 1959, pp. 449-456, 1 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Heully (F.) et Dornier (R.). Quelques exemples d'ulcus gastro-duodénaux au cours de la corticothérapie. Rev. méd. Nancy, A. 80, t. 84, juillet-août 1959, pp. 771-774, référ., discuss.
- Henning (N.). Die chronische Gastritis im Lichte moderner Untersuchungsmethoden. Gastroenterologia, t. 92, n° 4-6, 1959, pp. 307-322.
- Graulich (R.). L'ulcus gastrique. Sa nature. Son traitement. Scalpel, t. 112, nº 21, 23 mai 1959, pp. 505-517, référ
- Godard, Delabroise, Durrmeyer et coll. Place des ulcères digestifs dans la pathologie des travailleurs. Arch. Mal. profess., Méd. Trav., t. 20, n° 6, novembre-décembre 1959, pp. 761-764.
- Brummolkamp (W. H.). Ulcus duodeni of galstenen ? Ned. T. Geneesk., t. 403, nº 49. 5 décembre 1959, pp. 2502-2504.
- Clarke (G. A.). Distribution of A B O blood groups and the secretor status in duodenal ulcer families. Gastroenterologia, t. 92, non 17-18, 1959, pp. 19-103, 6 tabl., bibliogr.
- Cohn (Isidore) jr., Sartin (Jack) et Sudduth (Perry). Giant ulcers of the stomach. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 2, août 1959, pp. 121-135, 8 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Donzo (Sékou). Contribution au diagnostic des ulcères de la face antérieure de l'estomac (A propos de 8 observations personnelles). Th. méd. Paris, 1959, 737 [État], in-4º dact., 62 p., 19 fig. en 9 pl. h. t., 4 tabl. (6 juillet 1959).
- Gaultier (M.), Fournier (E.) et Potte (F.). Ulcères gastro-duodénaux thérapeutiques. Conséquences médico-légales. Ann. Méd. lég., t. 39, nº 3, mai-juin 1959, pp. 272-279, discuss.
- Castry (Willem). La maladie ulcéreuse chez l'enfant. Th. méd. Paris, 1959, 902 [État], in-4° dact., 38 p. (18 novembre 1959).
- Haot (J.) et Betz (E. H.). Influence de l'acétate de désoxycorticostérone et de la prednisolone sur les ulcères provoqués par irradiation de l'estomac chez le lapin. C. R. Soc. Biol., t. 153, n° 2, 10 juin 1959, pp. 354-356, 1 tabl. (séance du 14 février 1959).

NOVISMUTH



ET INTESTINAL

Remboursé par la S. S. A. M. G. et collectivités

LABORATOIRES POINTET & GIRARD . 30. RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

Traitement médical (suite).

- Häkkinen (Ilkka) et Hartiala (K.). Fluorescence of tetracyclin in experimental ulcers and regenerating tissue injuries. Ann. Med. exp. et Biol. Fenn., t. 37, n° 2, 1959, pp. 115-120, I fig., bibliogr.
- Giraud (G.), Latour (H.), Lévy (A.) et coll. Ulcère gastrique géant et perforé au cours d'un traitement prolongé par la métacortandracine. Ann. Labor. Card. et Clin. méd., t. 6, 1958 (publ. 1959), pp. 123-124.
- Deaton (W. Ralph), Benign giant duodenal ulcer. Report of a case with perforation and a concomitant bleeding posterior ulcer. Gastroenterology, t. 36, n° 6, juin 1959, pp. 888-890, référ.
- Duhamel (Jean). Le traitement d'entretien des ulcères gastro-duodénaux. Thérap., t. 35, n° γ, juillet 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 617-620.

Traitement chirurgical.

- Kippen (D. L.). A survey of duodenal ulcer (724 cases). Canad. med. Ass. J., t. 81, nº 2, 15 juillet 1959, pp. 91-97, 12 tabl., bibliogr.
- Crabbé (P.). Hypercalcémie et ulcère duodénal (syndrome de Burnett). Acta gastr.enter. belg., t. 22, nºº 6-7, juin-juillet 1959, pp. 351-360, 2 fig., bibliogr.

Perforations.

- Garbay (Michel). Les perforations au cours du lavement baryté. J. Chir., t. 77, nº 5, mai 1959, pp. 538-551, 6 fig., bibliogr.
- **Hamrick (Leon C.).** Gastric perforation in the newborn infant. J. A. M. A., t. **471**, nº 5, 26 septembre 1959, pp. 511-516, 2 fig., bibliogr.
- Firme (Constante N.), Paine (John R.) et Egan (Richard W.). Immediate results in the treatment of the perforated peptic ulcer, 1942-1957. Arch. Surg., t. 97, n° 2, août 1959, pp. 319-325, 7 tabl., référ., discuss.

Hémorragies digestives.

- Jankelson (0. M.), Jankelson (I. R.) et Zamchek (N.). Hemorrhagic (erosive) gastritis. Am. J. dig. Dis., t. 4, nº 8, août 1959, pp. 603-627, 3 fig., 3 tabl., bibliogr.: 101 référ.
- Chandler (G. N). Hæmatemesis and melæna. Brit. J. clin. Pract., t. 43, n° 11, novembre 1959, pp. 759-763, bibliogr.

- Kubota (Nobutaka) et Moragues (Vincent). Ruptured abdominal aneurysm with massive gastrointestinal hemorrhage. Am. Heart J., t. 58, nº 4, octobre 1959, pp. 547-555, 7 fig., bibliogr.
- Duncan (Donald A.) et Fleeson (William). Reserpine-induced gastrointestinal hemorrhage. J. A. M. A., t. 470, no 14, 1er août 1959, pp. 1661-1662, bibliogr.
- Hyatt (Irvin). Pneumococcal meningitis with csophagitis, abscess formation and upper gastro-intestinal hemorrhage. Sinai Hosp. J., t. 8, nº 1, printemps 1959, pp. 23-27, 5 fig. en 2 pl. h. t., référ.
- Dubourg (G.), Fontan (F.), Chassaigne (J.-P.) et coll. Notre expérience des hémorragies digestives (A propos de 40 cas). J. Méd. Bord., t. 136, n° 10, octobre 1959, pp. 1142-1148, to tabl.
- Gardner (Bernard) et Baronofsky (Ivan D.).

 Massive bleeding in duodenal ulcer, with special reference to the significance of the presence of crater. Bull. N. Y. Acad. Sc., t. 35, no 9, septembre 1959, pp. 554-570, 11 tabl., bibliogr.
- custer (Monford D.) jr., Boyd (Robert S.) et Miller (James A.). Importance of hidden et plus values » in emergency resection for gastric hemorrhage. J. A. M. A., t. 470, nº 8, 20 juin 1959, pp. 930-934, 1 tabl.. bibliogr.
- Gelfand (Maxwell L.). Gastrointestinal bleeding during tolbutamide therapy. J. A. M. A., t. 171, no 3, 19 septembre 1959, pp. 258-260, bibliogr.
- Ferranti (L.) et Pasqualini (C.). Accorgimento di urgenza in caso di emorragia da ulcera peptica post-anastomotica. Min. chir., t. 14, nº 20, 31 octobre 1959, pp. 1243-1244, 3 fig. col.
- Farrar (Turley) et Chappell (Fenwick W.). Severe gastrointestinal hemorrhage resulting from Recklinghausen's disease. Arch Surg., t. 79, no 1, juillet 1959, pp. 106-108, 3 fig. référ.*

Cancer de l'estomac.

- Cobau (Charles D.), Bartlett (Richard J.) et Pollard (H. Marvin). Recurrent carcinoma of the stomach seventeen years after subtotal gastrectomy. Gastroenterology, t. 37, n° 4, octobre 1959, pp. 127-435, 5 fig.. 2 tabl., bibliogr.
- Gourevitch (Arnold). Intubation of the cardia for inoperable carcinoma. *Lancet*, n° 7097, 5 septembre 1959, pp. 258-260, 5 fig., 1 tabl., référ.

Dans les troubles HÉPATO-VÉSICULAIRES

yskinébyl OXYDE D'HYDROXY - 3 - BUTYLE

Nouveau corps chimique de synthèse qui est à la fois cholérétique et spasmolytique



INNOCUITÉ ABSOLUE

Dyskinésies biliaires

Hypertonies avec stase vésiculaire

Spasmes douloureux hépato-vésiculaires

Troubles digestifs

d'origine hépato-biliaire

Céphalées, Nausées Hypercholestérolémies

50 gouttes 2 à 3 fois par jour

chaque repas.



Cancer de l'estomac (suite).

- Favre (R.), Aulong (Cl.) et Louis (M.). Deux cas de cancer de l'estomac au stade muqueux. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 4, 20 mars-17 avril 1959, pp. 87-88, discuss.
- Gummer (J. W. P.). The diagnosis and treatment of carcinoma of the stomach. Brit. J. clin. Pract., t. 13, no 11, novembre 1959, pp. 787-793, 8 fig., bibliogr.
- Gavins (John A.), Sevin (Hugh S.) et Day (H. James). Chronic myelogenous leukemia with gastric infiltration. Report of a case simulating carcinoma of the stomach. N. Engl. J. Med., t. 260, n° 22, 28 mai 1959, pp. 1111-1114, 3 fig., 1 tabl., référ.
- Kawasaki (Hiroya). Molisch-positive mucopolysaccharides of gastric cancers as compared with the corresponding components of gastric mucose. IV. On MPSs (mucopolysaccharides). Tohoku J. exp. Med., t. 69, now 2-3, 25 février 1959, pp. 153-166, 3 fig., 8 tabl., bibliogr.
- Eiseman (Ben), Melzer (R. B.) et Rachiele (E. J.). An indwelling plastic conduit for relief of obstruction in unresectable carcinoma of the stomach. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, no 4, octobre 1959, pp. 460-466, 8 fig., référ.
- Epifanov (N. S.). Stomach cancer in patients surviving perforating ulcers. Probl. Oncol., 1. 4, no 3, 1959, pp. 334-340, bibliogr.
- Couzinet (Georges) et Baudet (Albert). A propos d'un cancer gastrique, ou les étonnants résultats de la gastro-entérostomie dans un cas de cancer de l'estomac. Toul. méd., t. 60, nº 6, juin 1959, pp. 415-423, 5 fig.
- Davezac (Jean-François). Contribution à l'étude des lympho-réticulo-sarcomes primitifs de l'estomac. A propos de trois cas. Considérations sur l'évolution, le pronostic, le traitement. Th. méd. Paris, 1959, 585 [État], in-4° ronéot., 69 p. (19 juin 1959).
- Diamant-Berger (L.) (A propos du procèsverbal). Sur le diagnostic et le traitement des cancers de l'estomac au stade initial, par M. Jouve. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 5, 15 mai 1959, pp. 98-99
- Elkeles (A.). Pouch formation of the gastric fundus as a radiological sign of carcinoma of the cardia. *Brit. J. Radiol.*, t. 32, nº 378, juin 1959, pp. 404-407, 9 fig., référ.
- Infante Diaz (Salvador). Tratamiento del cáncer avanzado del estómago por cirugía radical. Arch. Col. méd. Salv., t. 41, nº 2, juin 1958, pp. 79-88, 8 fig., r tabl., bibliogr.

Tumeurs bénignes. Gastrites.

- Gohen (N.) et Yesner (R.). Inflammatory fibroid polyp (« hemangiopericytoma ») of the stomach. Am. J. dig. Dis., t. 4, n° 7, juillet 1959, pp. 549-555, 3 fig., bibliogr.
- Chodoff (Richard J.) et Diaz de Leon (Alberto). Lipoma of the stomach. Surg., t. 46, n° 5, novembre 1959, pp. 841-844, 3 fig., bibliogr.
- Francillon (J.), Desjacques (P.) et Tommasi (M.). Nouvelle observation de léiomyome de l'estomac. Lyon. chir., t. 55, nº 5, septembre 1959, pp. 771-775, 6 fig., discuss.

Radiologie de l'estomac.

- Iarotskaia (V. P.). Reentgeno-angiographical examination of the stomach in cancer and pre-cancerous states. Probl. Oncol., t. 4, n° 3, 1958, pp. 313-317, 5 fig., bibliogr.
- Heinild (Sv.), Malver (E.), Rolsgaard (G.) et coll. A psychosomatic approach to recurrent abdominal pain in childhood, with reference to the X-ray appearance of the stomach. Acta pæd., t. 48, n° 4, juillet 1959, pp. 361-370, 2 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Kestens (P. J.). La duodénographie hypotonique. Acta chir. belg., t. 58, nº 4, avril 1959, pp. 346-356, 7 fig., référ., discuss.
- Gandardjis (G.) et Wild (C.). Possibilités et difficultés de la radiologie dans la recherche des gastrites chroniques. Gastroenterologia, t. 92, nºº 4-6, 1959, pp. 352-366, 6 fig., bibliogr.
- Keever (Ivan C.) et Barborka (Clifford J.). Electronic flash gastroscopic color photography. Gastroenterology, t. 36, n° 6, juin 1959, pp. 743-748, 6 fig. col. en 1 pl. h. t., référ.
- Kirsh (Israel E.). Reentgen diagnosability of gastric ulcer. A review of 100 proved cases of carcinoma of the stomach. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 53-59, 7 fig., 3 tabl., bibliogr.

Chirurgie gastrique. Suites.

Iovino (M. G.) et Gioffi (F.). Il comportamento della fibrinolisi ematica nei resecati gastrici. Rass. intern. Clin. e Terap., t. 39, nº 21, 15 novembre 1959, pp. 1160-1166, 1 tabl.

un nouveau traitement de l'athérosclérose par voie orale

sitostérol

Bêta - Sitostérol Delalande

améliore l'index clinique d'athérosclérose de Clœtens

abaisse le taux :

• du cholestérol

et

il

el ne a,

in

of es

9,

- des bêta-lipoprotéines
- du rapport bêta/alpha

indications préférentielles :

états athéromateux avec hypercholestérolémie supérieure à 3 g.

présentation :

granulé de goût agréable boîte de 35 gr.

posologie :

 cuillerée à café avant chacun des deux principaux repas, pendant 1 mois.

Croquer à sec. avaler ensuite 1/2 verre d'eau

Remboursé par la Sécurité Sociale P Classe 18



Laboratoires Delalande, 16, rue Henri Regnault - Courbevoie Seine

- Chirurgie gastrique, Suites (suite).
- Jackson (Charles (E.). The association of peptic ulcer with hereditary hyperparathyroidism. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 35-37, 1 fig., bibliogr.
- Jordan (Sara M.). Peptic ulcer in the United States of America. Gastroenterology, t. 37, n° 4, octobre 1959, pp. 385-389, bibliogr.
- Joske (R. A.) et Blackwell (J. B.). Alimentary histology in the malabsorption syndrome following partial gastrectomy. Lancet, no 7099, 19 septembre 1959, pp. 379-382, 5 fig., r tabl., bibliogr.
- Kiefer (Everett D.). Life with a subtotal gastrectomy. A follow-up study ten or more years after operation. Gastroenterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 434-438, 1 fig., 11 tabl.
- Henry (E.) et Courbier (R.). Réflexions à propos de 75 gastrectomies en un plan. Mars. chir., t. 11, n° 2, mars-avril 1959, pp. 302-307, discuss.
- **Kleeberg (J.).** Value of dried sweet amonds in therapy of peptic ulcer. *Gastroenterologia*, t. 94, no 5, 1959, pp. 315-324, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Krieger (Harvey), Abbott (William E.), Bradshaw (John S.) et coll. Correlative study of postgastrectomized patients. Arch. Surg., t. 97, no 2, août 1959, pp. 333-345, 7 fig., bibliogr.
- Ciminata (A.). La vera mortalità operatoria nella semplice sutura dell'ulcera perforata gastro-duodenale. Min. chir., t. 14, nº 17, 15 septembre 1959, pp. 1053-1054.
- Butler (M. F.). Orange-pith ileus after partial gastrectomy. Brit. med. J., nº 5151, 26 septembre 1959, pp. 549-550, bibliogr.
- Chrysopathis (P.), Golematis (V.) et Sakai (M.). Total gastrectomy. J. intern. Coll. Surg., t. 32, no 1, juillet 1959, pp. 17-23, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Giaudo (Denis). Suites éloignées de la gastrectomie pour ulcère. II. Prévention et traitement chirurgical des mauvais résultats. Rev. méd. Moyen-Orient, t. 16, nº 2, marsavril 1959, pp. 104-116.
- Clausen (Edwin G.) et Jake (Robert J.). Subtotal gastric resection. An appraisal of a means of treatment of benign peptic ulceration of the stomach and duodenum. Calif. Med., t. 90, no 6, juin 1959, pp. \$407-\$410, 5 tabl.
- Grimoud (M.), Lapeyrère (J.) et Malecaze (A.). Intervention de Dragstedt pour ulcère

- peptique après gastrectomie. Toul. méd. t. 60, nº 5, mai 1959, pp. 337-342, 2 fig.
- Hoerr (Stanley 0.). Selection of operation for chronic duodenal ulcer. West. J. Surg., Obst. and Gyn., t. 67, n° 5, septembreoctobre 1959, pp. 257-259, 2 tabl., bibliogr.
- Horwitz (Alec). A useful technical detail in the performance of gastric resection. Surg., Gyn. and Obst., t. 108, no 6, juin 1959, pp. 745-746, 2 fig.
- Farrar (Turley), McBurney (R. P.) et Sanders (R. L.). Recurrent stomal ulcer refractive to repeated operative procedures. An additional case of ulcerogenic tumor of the pancreas. Am. J. Gastroenterol., t. 31, n° 6, juin 1959, pp. 641-646, bibliogr.
- Fodor (0.), Stanesco (L.) et Georgesco (E.). Recherches sur les manifestations carentielles dans les gastrectomies partielles pour maladie ulcéreuse. Le syndrome carentiel. Sem. Hôp., t. 35, n° 1 (Méd. d. Monde), juillet 1959, pp. E. 13-20, 3 tabl., bibliogr.
- Hollender (L.), Adloff (M.), Blum (H.) et coll. La gastrectomie doit-elle demeurer l'opération standard dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal ? Arch. Mal. prof. Méd. Trav., t. 20, nº 6, novembre décembre 1959, pp. 755-761.
- Dorado (Horacio José) et Morganti (Garlos). Invaginación yeyunogástrica aguda postgastrectomía. Prensa méd. arg., t. 45, nº 52, 26 décembre 1958, pp. 4007-4011, 4 fig., bibliogr.
- Grant (J. C.). Immediate postoperative complications of partial gastrectomy. J. intern. Coll. Surg., 1. 31, no 5, mai 1959, pp. 529-540, 2 tabl., bibliogr.
- Dieulaté (Raymond). Prophylaxie de la désunion duodénale après gastrectomie et duodénotomie. Toul. méd., t. 60, nº 4, avril 1959, pp. 237-239.
- Darmaillacq (R.). Traitement de certains ulcères du duodénum par la duodénosphinctérectomie associée à la vagotomie. Bord. chir., n° 2, 1959, pp. 57-60.
- Dupuy (Raymond) et Vallin (Jacques). Quelle place faut-il réserver à la gastro-entérostomie dans le traitement de la maladie ulcéreuse ? Gaz. méd. Fr., t. 66, n° 20, 25 octobre 1959, p. 1549.
- Hirota (Minoru). Post-gastrectomy pancreatic secretion (Dietary management of patients with postgastrectomy syndrome). Yokohama med. Bull., t. 9, no 6, décembre 1958, pp. 409-423, 2 fig., 4 tabl., bibliogr.: 78 référ.

2 suppositoires par jour



P. cl. 3 et 2

SUPPOSITOIRES - POMMADE

CHRONICYSTINE

ET

"MANOR"

P. cl. r

FOIE ET VÉSICULE

4 dragées le matin à jeun

CHOLAGOGUE M É D I C A L

HÉPATOSTIMULINE

"MANOR"

P. cl. 1

DÉSINFECTION VÉSICULAIRE

4 dragées par jour

DÉSENSIBILISANT CHOLÉRÉTIQUE

·CHLORIDIA ·

DANNEC 'H

P. cl.

VÉRITABLE SUC GASTRIQUE DE SYNTHÈSE

1 à 3 cuillerées à dessert par jour

REMBOURSÉS PAR LA S. S.

LAB. ÉTIENNE, PARIS-Ve, 12, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève - ODÉ 54-37

Chirurgie gastrique. Suites (suite).

- Herrington (J. Lynwood) jr., Edwards (L. W.), Classen (Kenneth L.) et coll. Vagotomy and antral resection in the treatment of duodenal ulcer. Results in 514 patients. Ann. Surg., t. 450, no 3, septembre 1959, pp. 499-516, 6 fig., 9 tabl., bibliogr., discuss.
- Hatiboglu (Imran) et Moore (George E.).
 Thoracic duct ligation. Its effect on lymphatic spread of gastrointestinal tumors in rabbit. Surg., t. 46, no 3, septembre 1959, pp. 521-528, 7 fig., 1 tabl., référ.
- Gray (Seymour J.). Present status of endocrine influences upon the slomach and their relationship to peptic ulcer disease. Gastro-enterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 412-420, 7 tabl., bibliogr.
- Hardy (James D.). Gastric resection. Pathophysiology and management of certain complications. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 2, août 1959, pp. 136-151, référ.
- Ficarra (Bernard J.). Postoperative management of patients with total gastrectomy. Surg. Clin. N. Am., t. 9, n° 6, 1959, pp. 1643-1648, 1 fig., 1 tabl.
- Fallis (Laurence S.) et Barron (James). The combined operation of gastrectomy and vagotomy. West. J. Surg., Obst. and Gyn., t. 67, no 5, septembre 1959, pp. 260-263, 7 tabl., bibliogr.
- Dalayeun (Jean). Contribution à l'étude clinique et biologique des dénutritions graves après gastrectomie subtotale pour lésions bénignes (Étude de 20 cas). Th. méd. Paris, 1959, 844 [État]. Paris, Germain, 1959, in-80 ronéot., 181 p., 1 graph., 6 labl. (10 juillet 1959).
- Duval (Jean). L'opération de Péan en chirurgie gastrique. Arch. méd.-chir. Norm., t. 50, n° 89, juin-juillet 1959, pp. 469-479, 2 fig.
- Demmer (Fritz). Resektion oder Gastroenterostomie ? Wien. klin. Wchschr., t. 74, non 38-39, 25 septembre 1959, pp. 733-738, bibliogr.
- Edmunds (Vincent). The diagnosis and management of peptic ulcer. Brit. J. clin Pract., t. 13, nº 11, novembre 1959, pp. 803-810, 8 fig., bibliogr.

Sténoses du pylore.

- Handelsman (J. C.). An examination of causes of difficulty following operation for hypertrophic pyloric stenosis. Surg., t. 46, no 3, septembre 1959, pp. 624-634, bibliogr.
- Dennis (Warren H.), Canosa (Cipriano) et

- Rehm (Warren S.). Potential difference across the pyloric antrum. Am. J. Physiol., t. 197, no 1, juillet 1959, pp. 19-21, 5 fig., bibliogr.
- Gordon (H. Earl), Pollock (William F.), Norris (William J.) et coll. Hypertrophic pyloric stenosis. Experience with one thousand,
 five hundred and seventy-three cases at
 Los Angeles Children's Hospital. West. J.
 Surg., Obst. and Gyn., t. 67, n° 3, maijuin 1959, pp. 139-146, 5 fig., 1 tabl.,
 bibliogr.
- Hansen (H. G.). Differentialdiagnose und Therapie der verschiedenen Formen des «spastischen Pylorussyndroms» beim Kind. Medizinische, n° 26, 28 juin 1959, pp. 1239-1245, 9 fig.

Radiologie des voies biliaires.

- Keiner (Fritz). Die orale Cholezystographie und Cholangiographie mit Biloptin (Versuchspräparate SH 514, 518 und 550 (Schering)). Medizinische, no 51, 19 décembre 1959, pp. 2530-2531, bibliogr.
- Devoto (A.) et Fierro (D.). Eliminazione urinaria del Biligrafin come prova della funzione escretice del fegalo. Suoi rapporti con la colangiografia endovenosa. Min. med., t. 50, nº 84, 20 octobre 1959, pp. 3371-3375, 1 tabl., bibliogr.
- Kelemen (Endre) jr., Horvath (Ferenc) et Lelek (Imre). Über « spontane Pneumocholangiographie » im Zusammenhang mit einem erfolgreich operierten Fall von diffuser Hepatolithiasis. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 42, 17 octobre 1959, pp. 1720-1725, 2 fig., bibliogr.
- Kjellgren (K.) et Löf (B.). Anæsthesia and operative cholangiography. Acta chir. scand., t. 418, nº 1, 25 novembre 1959, pp. 37-44, 5 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Gunnarson (Eric). Oral cholegraphy. Acta radiol., t. 52, nº 4, octobre 1959, pp. 289-296, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Cocará (Henri). Contribution à l'étude de la radiomanométrie des voies biliaires peret post-opératoire. Th. méd. Paris, 1959, 873 [État], in-4° dact., 86 p. (27 octobre 1959).
- Griessmann (Heinz). Intra-operative choledochoscopic study. J. intern. Coll. Surg., t. 31, nº 6, juin 1959, pp. 644-647, 2 fig., 1 tabl., référ.
- Hanlon (C. Rellins) et Wall (C. Allen). giographie peropératoire. Ann. Radiol., t. 11, nºs 7-8, 1959, pp. 591-636, 41 fig., bibliogr.

MASSON et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, PARIS-VIe

JOURNÉES FRANÇAISES DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

(PARIS, Octobre 1961)

ACQUISITIONS RÉCENTES EN PATHOLOGIE DE L'INTESTIN GRÊLE

- I. Méthodes nouvelles d'exploration.
- II. Syndromes jéjuno-iléaux.
- III. Mésentère.
- IV. Le grêle chirurgical.

En tout, 23 rapports

300 pages environ, illustrées

L'ouvrage sera envoyé à tous les participants inscrits au Congrès.

Il sera mis en vente fin septembre par MASSON et Cie, au prix de 35 NF.

Radiologie des voies biliaires (suite).

- Hanlon (C. Rollins) et Wall (C. Allen). Visualization of the biliary tract. Preoperative, operative and postoperative radiologic investigation. Calif. Med., t. 90, n° 6, juin 1959, pp. 422-425, référ.
- Coqui (Carlos). La colecistografía. Juicio crítico. Rev. Gastroenter. Méx., t. 24, nº 141, mai-juin 1959, pp. 141-156, 13 fig.
- Chudacek (Zd.) et Lahn (V.). Die Bedeutung der Serumtransaminasen für die intravenöse Cholangiographie mit Biligrafin. Fortschr. Röntgenstr., t. 91, nº 5, novembre 1959, pp. 629-633, 4 tabl., bibliogr.
- Geffen (Abraham). An evaluation of Orabilex (Bunamiodyl), a new medium for cholecystography. Radiol., t. 72, no 6, juin 1959, pp. 839-843, 2 tabl., bibliogr.
- Ferris (Deward 0.) et Hodgson (John R.). Operative cholangiography. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, nº 5, novembre 1959, pp. 857-860, 18 fig.
- Guglielmo (L. di), Valentino (A.) Savino (L.) et coll. Étude radiologique du fonctionnement des voies biliaires extra-hépatiques chez des malades gastrectomisés. Presse méd., t. 67, nº 50, 28 octobre 1959, pp. 1859-1862, 7 fig., bibliogr.
- Haenisch (Günther) et Weitz (Günther). Erfolge der intraoperativen Cholangiographie. Langenbecks Arch. klin. Chir., t. 294, nº 2, 11 juin 1959, pp. 107-112, 2 tabl., hibliogr.
- Gutierrez Vasquez (S.). The operative cholangiogram. Results of five routine cholangiographic studies in operations on the gallbladder and the biliary tract. Am. J. Gastroenter., t. 32, no 5, novembre 1959, pp. 624-628, 5 tabl.
- Graber (W.). Ober die Möglichkeit einer individuellen Dosierung bei der peroralen Cholezyslographie. Fortschr. Röntgenstr., 1. 90, n° 6, juin 1959, pp. 721-726, 2 tabl., bibliogr.
- Goinard (P.) et Pélissier (G.). Étude fonctionnelle per-opératoire des voies biliaires. Afr. fr. chir., t. 17, n° 1, janvier-février 1959, p. 9-13.
- Flabeau (F.). Les examens radiologiques dans la lithiase biliaire. Hôpital, t. 47, nº 695, juin 1959, pp. 297-300.
- Frank (A.). Zur Röntgendiagnostik des Magenkarzinoms. Krebsarzt, 1. 14, nºn 10-11, 1959, pp. 400-408, 7 fig., bibliogr.

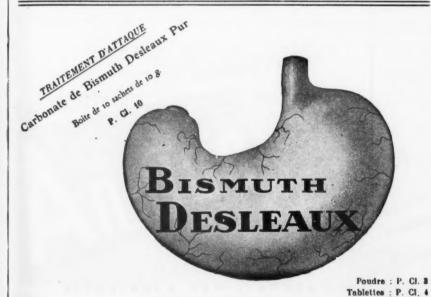
Chirurgie des voies biliaires.

- Kayabali (I.) Les complications de la chirurgie du cholédoque et leur traitement (A propos de 11 cas). Lyon chir. 1. 55, n° 5, septembre 1959, pp. 722-732, 5 fig., bibliogr.
- Chang (Shih-Hsien) et Ch'en (Chen-Ch'un). Cholecyslogastrostomy of invaginate type combined with gastrectomy. *Chin. med. J.*, t. 79, n° 1, juillet 1959, pp. 51-54, 4 fig.
- Hyman (Samuel) et Capos (Nicholas J.). Appendiceal-vesical fistula. Uncommon complication of acute perforative appendicits with report of three cases. J. A. M. A., t. 474, no 18, 29 août 1959, pp. 2177-2181, f fig., bibliogr.
- Kourias (Basile). Anomalies et variations des canaux biliaires extra-hépatiques. Leur intérêt chirugical. J. Chir., t. 77, n° 4, avril 1959, pp. 393-422, 20 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Jacobsson (B.), Lanner (L. 0.) et Radberg (C.). The dynamic variability of the chole-docho-pancreatico-duodenal junction. A reentgen cinematographic investigation. Acta radiol., t. 52, nº 4, octobre 1959, pp. 269-281, 6 fig., bibliogr.
- Goinard (P.) et Pélissier (G.). La sphinctéroplastie oddienne. Alg. méd., t. 63, nº 9, septembre 1959, pp. 849-854, bibliogr. chronol., liste films.
- Clatworthy (H. William) jr. Extrahepatic portal bed block in children: pathogenesis and treatment. Ann. Surg., t. 150, n° 3, septembre 1959, pp. 371-383, 11 fig., bibliogr.
- Gagnon (Gérard), Simard (Émile), Brisson (François) et coll. Chirurgie des voies biliaires. Étude analytique de 1.534 cas. Canad. med. Ass. J., t. 81, nº 11, 1º décembre 1959, pp. 902-907, 1 fig., 9 tabl., bibliogr.
- Burdette (Walter J.). Management of chylous extravasation. Arch. Surg., t. 78, n° 6, juin 1959, pp. 815-831, 3 fig.. 1 tabl., bibliogr., discuss.
- Flemming (F.). Zur Pathogenese und Klinik äusserer Gallenblasenfisteln. Chirurg., t. 30, n° 11, novembre 1959, pp. 497-499, bibliogr.
- Ferstel (K.). Zur Frage der Technik und Ausdehnung der Operation der Gallenwege. Klin. Med., t. 14, n° 10, octobre 1959, pp. 490-493, discuss.
- Gahen (J.). La pancréatite d'accompagnement dans les affections des voies biliaires. Trailement par cholécystectomie et drainage cholédocien. Acta gastr.-enter. belg., 1. 22, nº 2, août 1959, pp. 443-463, 34 fig. bibliogr., discuss.

SOMMAIRE DU Nº 9 - SEPTEMBRE 1961

Mémoires originaux :

MM. M. Levrat, R. Lambert et F. Martin. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Considérations étiologiques à propos d'une statistique de 500 observations	865
MM. Ch. Debray, E. Chérigié, F. Besançon et F. Hébert. — La « Cinéradiométrie ». Enregistrement simultané sur les films radiocinématographiques de diverses mesures physiques (Pressions, pH, etc.). Application à la physiologie et à la physiopathologie œsophagienne, duodénale, jéjunale et biliaire chez l'homme	879
MM. Cl. Richir et A. Lambling. — Les accidents du relief muqueux colique au cours de la rectocôlite hémorragique (Côlite ulcérative)	885
MM. L. HOLLENDER et M. Adloff. — Occlusion intestinale chronique par tuberculose isolée pseudo-tumorale du jéjunum	905



PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL

LABORATOIRE LANCOSME- 19, Bire Algin-Charlier Paris (15º) TEL VAU. 41-62

TOPIQUE DU TUBE DIGESTIF

Cal-Mag-Na

INDICATIONS: Hyperchlorhydrie, Dyspepsie, Gastralgie, Pyrosis, Hernies hiatales, Aérophagie, Aérocolie, Ulcus gastro-duodénaux, Troubles digestifs de la grossesse.

PRÉSENTATION : Poudre légèrement aromatisée. Boîtes de 120 g et 240 g P. Classes 2 et 4.

Remboursé Sécurité Sociale et Art. 115 Littérature et échantillons sur demande



LABORATOIRES SUBSTANTIA

MM. Guy Morin, Claude Hernandez, Henri Charleux et Jean-Marie Picard. — Technique de phlébographie sus-hépatique (Méthode de la contre- injection).	910
Documents cliniques :	
MM. Ph. Monod-Broca, P. Testas, J. Roujeau et M. Ferrero. — Lymphopneumatose kystique du cæcum. Sur un cas avec invagination intestinale.	918
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie : Séance du 12 juin 1916.	
Notice nécrologique. — François Moutier (1881-1961).	927
Société de Gastro-Entérologie de la Région Lyonnaise : Séance du 23 avril 1961.	
MM. R. Brette, A. Tissot, B. François, M ^{lle} Cille et M. Pellet. — Étude de l'ammoniémie dans les cirrhoses hépatiques	932



LABORATOIRE M. LACHARTRE · 10 RUE DE CÎTEAUX · PARIS 12

SOMMAIRE

MM. R. Brette, R. Lambert, J. Duquesnel et A. Hallaco. — Les pneumo- péritoines en apparence spontanés chez la femme.	937
MM. M. Levrat, E. Saubier, M. Richard, A. Dhers et A. Tissot. — Hémorragies digestives au cours d'une lithiase pancréatique (Documents anatomo-cliniques)	940
MM. P. Etienne-Martin (in memoriam), Cl. Klepping, P. Bégin, J. Guer- rin et Rat. — La mélanose colique. A propos d'une observation	946
M. P. MAILLET. — Œso-coloplastie pour cancer de l'œsophage médio-thoracique	953
MM. E. SAUBIER, R. BRETTE, H. TERMET, B. FRANÇOIS et A. TISSOT. — Anastomose porto-cave d'urgence pour hypertension portale (à propos d'un cas ayant entraîné des hémorragies cataclysmiques)	958
MM. P. Michaud, E. Saubier, H. Viard, H. Termet et J. Cuilleret. — Le cancer sur œsophagite peptique (A propos de quatre observations)	950
(Voir suite du sommaire page 6).	

TRIAMCINOLONE SPECIA

(Fluoro-9 a hydroxy-16 a delta-1 dehydro-hydrocortisone)

INDICATIONS GÉNÉRALES DES CORTICO-STÉROÏDES AVEC LE MAXIMUM DE SÉCURITÉ D'EMPLOI

Comprimés dosés à 1 mg (flacon de 20) - P. Cl. 7 Comprimés dosés à 4 mg (flacon de 20) - P. Cl. 24

Tableau A - Remboursable à 90 % aux Assurés Sociaux

Société Parisienne d'Expansion Chimique " SPECIA", marques Rhône-Poulenc - 28, Cours Albert-1 - PARIS-8

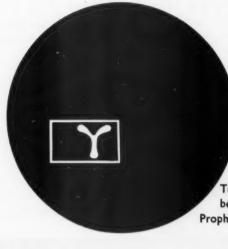
METCIE

LA PRESSE MÉDICALE

panorama de toute la médecine

LE RÉGÉNÉRATEUR de L'INTESTIN :

BACILLES BIFIDUS LYOPHILISÉS VIVANTS et GÉNÉTIQUEMENT ANTIBIORÉSISTANTS



Affections
gastro-intestinales
Colibacillose
Troubles de croissance des
bébés privés du lait maternel
Prophylaxie et troubles de l'antiblothéraple

r 1/2 à 2 ampoules par jou

LYO-BIFIDUS

BIFIDIGÈNE

son association avec le LYO-BIFIDUS, pendant et après la cure, consolidera les résultats obtenus.

LABORATOIRES ETIENNE, 12, RUE DE LA MONTAGNE-SAINTE-GENEVIÈVE, PARIS I

SOMMAIRE

MM. B. MULLER néoscopie au																			972
MM. B. MULLER, avec hypogly																			975
MM. A. VACHON tions colique	es a	u	cour	rs d	les 1	rect	ocô	lites	s hé	mo	rrag	giqu	es	(A	proj	oos	d'u	ne	
observation)			*				*			*	٠	•	•		*				979
Livres nouvea	ux													,				,	983
Analyses																			985
dans les	pag	ges	de t	ête	:														
BIBLIOGRAPHIE																			8



Tous fatigués...

.....tous justiciables de BERNARDON

ceintures Sulva - gaines Sulvafle>
une gamme complète de modèles
parfaitement adaptés à chaque cas.
sur mesures - esthétiques

BERNARDON

18, Rue de la Pépinière - Paris-8° Tél. LAB, 16-86 et 17-35

CATALOGUE DÉTAILLÉ A VOTRE DISPOSITION

NOVISMUTH



ET INTESTINAL

Remboursé par la S. S. A. M. G. et collectivités

Boite de 5 sachets de 10 gr. : **4,68** NF » 10 » 10 » : **9,17** NF » 30 » 10 » : **24,00** NF

LABORATOIRES POINTET & GIRARD . 30, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Chirurgie des voies biliaires (svite).

Chevalier (Paul). Étude critique des diverses modalités techniques d'anastomoses porto-caves tronculaires. Th. méd. Paris, 1959, 950 [État], in-4º dact., 77 p. (8 décembre 1959).

Férétis (Nicolas). Technique du rétablissement de la voie biliaire vers l'estomac. J. Chir., t. 77, nº 5, mai 1959, pp. 552-555, 3 fig., bibliogr.

Doubilet (H.). Indications du drainage du canal de Wirsung. Lyon chir., t. 55, nº 5, septembre 1959, pp. 749-751.

Garcin (J.-P.), Marquand (J.), Camey (M.) et coll. A propos de 150 cas de chirurgie cholédocienne. Ann. Chir., 1, 13, nºaº 21-22, novembre 1959, pp. 1295-1305.

Grosse (Hans). Cholesterinester-Stipchen im suprapapillären Teil des Ductus choledochus. Virchows Arch. path. Anat., t. 332, nº 5, 4 novembre 1959, pp. 478-480, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.

Huang (Chih-Ch'iang). Partial resection of the liver in treatment of intrahepatic stones. Chin. med. J., t. 79, no 1, juillet 1959, pp. 40-45, 2 tabl., référ.

Herzog (K.). Indikation zur Cholezystektomie und Gallengangsrevision und Postcholezystektomiesyndrom. Medizinische, nº 48, 28 novembre 1959, pp. 2343-2346, bibliogr.

DIGESTION

du pain et des féculents fermentations et gaz gastro-intestingum . Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique -Maladies par carence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES de l'Orge et des

2 Formes Comprimés - Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER 10, rue Clapeyron - Paris (8°) MASSON et Cie, éd., 120, Bd St-Germain PARIS-6e

LES DESTINS

DE LA VIE ET DE L'HOMME

CONTROVERSES PAR LETTRES SUR DES THÈMES BIOLOGIQUES

par

H. LABORIT P. MORAND

Un volume de 250 p. (16.5×22) .

TRANSITOL

ASSURE LE TRANSIT INTESTINAL

SANS PURGATIF SANS FUITES ANALES



... RÉGULARISE LA FONCTION

EN RÉÉDUQUANT L'ORGANE...

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

GELÉE P. cl. 6 Chirurgie des voies biliaires (suite).

- Glenn (Frank). A 26 year experience in the surgical treatment of 5.037 patients with nonmalignant biliary tract disease. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, n° 5, novembre 1959, pp. 591-606, 4 fig., 8 tabl., bibliogr.
- Goetze (Otto). Alte und neue Operationen der hohen Gallengangsstenosen und die diahepatische (transhepatische) Dauerdrainage. Bruns Beitr. klin. Chir., 1. 198, n° 4, 1959, pp. 413-437, 6 fig., bibliogr.
- Grimoud (M.), Lapeyrère (J.) et Malecaze (A.). Sténose post-opératoire de la voie biliaire principale. Tout. méd., t. 60, n° 7, juillet 1459, pp. 481-487.
- Goinard (P.) et Pélissier (G.). Contre une excessive diffusion de la sphinctéroplastie. Écueils, incidents, accidents. Presse méd., t. 67, nº 29, 13 juin 1959, pp. 1187-1189, 15 fig.
- Couinaud (Claude). Les hépatectomies réglées. Tunis méd., t. 47, nº 4, avril 1959, pp. 225-245, 3 fig.
- Favory (Jacques). Mortalité et morbidité précoces en chirurgie biliaire. Th. méd. Paris, 1959, 787 [État], in-4º dact., 103 p. (8 juillet 1959).

Lithiase biliaire.

- Daikos (George K.), Mattheou (Pericles) et Athanasiadou (Paria). A new flocculation test for differentiating obstructive from hepatocellular jaundice. Lancet, no 7101, 3 octobre 1959, pp. 488-489, 3 tabl., référ.
- Carayon (A.), Delahousse (J.), Roigt (J.) et coll. Empierrement du cholèdoque par migrations successives de calculs intra-hépatiques (Guérison par sphinctéroplastie et méthode de Pribram). Bull. Soc. méd. Afr. Noire, t. 4, n° 3, 3° trimestre 1959, pp. 349-352, bibliogr.
- Gattell (Richard B.) et Braasch (John W.). General considerations in the management of benign strictures of the bile duct. N. Engl. J. Med., t. 281, no 19, 5 novembre 1959, pp. 929-933, 11 tabl., bibliogr.
- Gattell (Richard B.) et Braasch (John W.). Primary repair of benign strictures of the bile duct. Surg., Gyn. and Obst., t. 409, no 5, novembre 1959, pp. 531-538, 2 fig., g tabl., bibliogr.
- Cheng (Samuel H.) et Stanley (Malcolm M.). Secretion of cholesterol by intestinal mucosa in patients with complete common bile duct obstruction. Proceed. Soc. exp. Biol. and Med., t. 101, n° 2, juin 1959, pp. 223-225, 1 tabl., référ.

poudre de psyllium rose des Indes dégraissée et stabilisée associée au lactose

SIJSA

TAO PLAN

traitement
de la constipation
chronique

Remboursable aux Assurés Sociaux - P. Classe 7.

LABORATOIRES S. I. T. S. A.

IS RUE DES CHAMPS - ASNIÈRES (SEINE) - TÉL. GRÉ. 37-34

sorbitol delalande

régulateur des voies digestives





PARIS COURBEVOIS

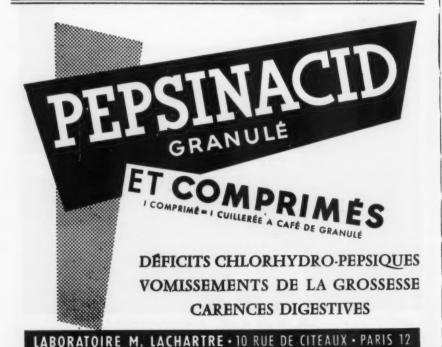
Lithiase biliaire (suite)

- Huang Yoa-Ch'üan, Liu Tze-K'uan et Wang Tsuo-Chih. Postoperative residual stones in bile ducts. Treatment and prophylaxis. *Chin. med. J.*, t. 79, n°a 3-4, septembre-octobre 1959, pp. 354-361, 7 fig., bibliogr.
- Hepp (J.) et Isserlis (G.). Complexité de la lithiase hépato-cholédocienne et de son traitement. Indication de la voie combinée. Ann. Chir, t. 43, nºa 17-18 (Sem. Hôp., t. 35), septembre 1959, pp. 1065-1072.
- Gédéon (A.). Obstruction lithiasique du cholédoque chez un enfant de 12 ans. Toul. méd., t. 60, nº 4, avril 1959, pp. 273-275.
- Debray (Ch.), Roux (Marcej), Le Canuet (R.) et coll. Sur le traitement médical des calculs cholédociens « oubliés ». Sem. Hôp., t. 35, n° 50, 19 juin 1959, pp. 2059-2063, 3 fig., bibliogr.
- Hampson (Lawrence G.) et Lehman (Geoffrey). Choledochocolic fistula. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, n° 5, novembre 1959, pp. 746-749, 1 fig., bibliogr.

- Gouteroux (Catherine-M.-M.). De la physiopathologie du calcul du cholédoque à partir de la théorie d'évacuation des organes creux. Th. méd. Bordeaux, 1959, 34 [Etat]. Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1959, in-8°, 34 p., 3 fig. en 2 pl. h. t. (13 avril 1969).
- Grailly (R. de), Leger (H.), Capsec-Laporterie et coll. Sur deux observations de lithiase biliaire inhabituelles: plaidoyer en faveur de l'intervention chirurgicale assez précoce. Bull. Acad. nat. Méd., A. 123, t. 143, non 28-29, 17 novembre 1959, pp. 599-606, bibliogr.,
- Hadji-Alilou (Djahan-Chah). Diabète et lithiase biliaire. Th. méd. Paris, 1959, 711 [Univ.]. Paris, Dactylo-Sorbonne, 1959, in-8º ronéot., 54 p., tabl. (26 juin 1959).

Tumeurs des voies biliaires.

Gilbrin (E.) et Mirande (J.-L.). Cancer de la vésicule biliaire. Clinique, t. 54, nº 535, mai 1959, pp. 217-221.



Adrian S/N. BISMUTH EXTRA-LÉGER ADRIAN CARBONATE BISMUTH ADRIAN 100% SILISMUTH Bismuth 1) S N BISMUTH extra-léger ADRIAN Sachets de 5 g Grand Modèl Bemboursé S S A M G Art 115 Collectivités

> Sachets de 10 g Boite de Grand M

CARBONATE BISMUTH 100 " » Sachets de 5 g Gra

3) SILISMUTH

Tumeurs des voies biliaires (suite).

- Gastard (J.). A propos d'une observation de cancer vésiculaire. Sem. Hôp., t. 35, nº 101, 12 décembre 1959, pp. 3377-3378, 3 fig.
- Gama Carpio (José Pedro). Algunas consideraciones sobre el cáncer de la vesícula. Cirug. y Ciruj., t. 27, nº 4, avril 1959, pp. 169-176.
- Sanchez (Jacinto Arturo). Comentario a dicho trabajo. Ibid., pp. 177-180. Comentarios de los Señores Académicos, pp. 181-185.
- Gradischnig (R.). Über das primäre Gallenblasenkarzinom. Wien. med. Wehschr., t. 109, nº 48, 38 novembre 1959, pp. 944-946, 4 tabl., bibliogr.

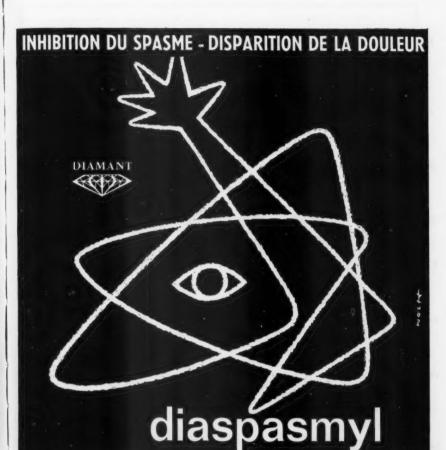
VOIES BILIAIRES

Divers.

- Krovetz (L. Jerome). Intrahepatic biliary atresia. J. Lancet, 1. 90, nº 6, juin 1959, pp. 228-235, 9 fig., 4 tabl., bibliogr.
- King (Joseph C.). Clinical experience with a new long-acting antacid-anticholinergic

- preparation. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 4, octobre 1959, pp. 509-517, 7 fig., 1 tabl., référ.
- Kaufman (Seymour A.). Stratification (layering) of bile in the normal gallbladder. Am. J. dig. Dis., t. 4, nº 8, août 1959, pp. 634-637, 3 fig., bibliogr.
- Clavel (Ch.). Le cholédoque déshabité. Lyon chir., t. 55, nº 5, septembre 1959, pp. 781-783.
- Katsuki (Taketo), Johnston (Charles G.) et Koucky (Charles). Influence of hypoproteinemia on bile proteins. Am. J. Physiol., t. 497, no 3, septembre 1959, pp. 558-560, 1 fig., 2 labl., référ.
- Juniat (Mile Jeanne). Les transaminases sériques. Constitution et mode d'action. Technique de dosage. Étude de leurs variations au cours des affections coronariennes et hépato-biliaires. Th. méd. Paris, 1959, 596 [État], in-4º dact., 72 p., tabl. (22 juin 1959).
- Ferrari (V.). Coniugazione glicuronica della bilirubina nel fegato rigenerante di ratto. Acta vitaminol., t. 43, nº 4, août 1959, pp. 145-148, 1 tabl., bibliogr.





SPASMOLYTIQUE DE SYNTHÈSE

Troubles spasmodiques des affections biliaires, gastriques et intestinales

2 à 4 comprimés par 24 heures, ou davantage suivant l'importance des symptômes

Flacon de 30 comprimés sécables dosés à 25 mg de DIASPASMYL.

remboursé S. S. P. cl. 7

Laboratoires DIAMANT S.A. - 63, Bd Haussmann - PARIS 8º

Voies biliaires. Divers (suite).

- Ferrari (V.), Auricchio (S.) et Martucci (E.). Effetto della somministrazione di cortisonici sul sistema enzimatico di coniugazione della bilirubina in omogenati e fettine di fegato di ratto neonato. Acta vitaminol., t. 13, nº 4, août 1959, pp. 155-163, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Israels (L. G.), Suderman (H. J.) et Ritzmann (S. E.). Hyperbilirubinemia due to an alternate path of bilirubin production. Am. J. Med., t. 27, n° 5, novembre 1959, pp. 693-792, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Giocci (Alessandro). Le transaminasi seriche in una casistica di epato-colecistopatici (Influenza di un ciclo di crenoterapia). Feguto, t. 4, nº 5, décembre 1958, pp. 397-412, 1 tabl., bibliogr.: 68 référ.
- Branzovsky (T.). Zur zweizeitigen Leberruptur bei Kinderm. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 40, 3 octobre 1959, pp. 1629-1632, bibliogr.
- Calzolari (G.) et Simone (M. de). L'azione tossica dei sali biliari sull'attività citocromossidasica e succinossidasica epatica e renale. Fegato, t. 5, nº 1, mars 1959, pp. 89-96, 1 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Cerf (Marc). Contribution à l'étude histopathologique du siphon de la vésicule biliaire. Th. méd. Paris, 1959, 839 [État], in-4º dact; 182 p., 30 fig. en 10 pl. h. t. (10 juillet 1959).
- Geriotti (G.), Spandrio (L.) et Agradi (A.). Studio delle sostanze di origine tumorale ad azione inibente sulla catalisi epatica in vivo. I. Ricerche orientative sulla natura delle sostanze anticatalasiche dei tumori. Tumori, t. 45, n° 5, 1959, pp. 619-634, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Cervino (J. M.), Lorenzo y Losada (H.), Maggiolo (J.) et coll. Facteurs endocriniens

- dans les dyskinésies des voies biliaires. Sem. Hôp., t. 35, n° 50, 19 juin 1959, pp. 2064-2071, 12 fig., bibliogr.
- Heggeness (Franklin W.). Galactose and bile flow. Proceed. Soc. exp. Biol. and Med., t. 101, no 1, mai 1959, pp. 143-144, 1 fig., 1 tabl., référ.
- Cheli (R.), Oliva (L.), Dodero (M.) et coll. Comportamento delle vie biliari nelle anemie emolitiche. Fegato, t. 5, n° 1, mars 1959, pp. 35-65, 22 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Demoulenaere (L.) et Wieme (R.-J.). L'électrophorèse sur papier des protéines dans les affections hépatiques biliaires. Commentaires à propos de 1.847 examens, avec une note sur l'électrophorèse en gélose. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 11, novembre 1959, pp. 566-574, 4 fig., 1 tabl., discuss.
- Gallier (Michel-C.-A.). L'étape laparoscopique dans les maladies du foie, des voies biliaires et du péritoine. Étude de 200 cas. Th. méd. Paris, 1959, 586 [État], in-4° dact., 96 p. (19 juin 1959).

Cholécystites.

- Hospes (K.). Über die argyrophile Cholecystitis. Virchows Arch. pathol. Anat., t. 332, n° 3, 16 juin 1959, pp. 236-244, 4 fig., bibliogr.
- Joseph (R.), Nezelof (Gh.), Ribierre (M.) et coll. Ictère cholostatique chronique par cholangiolite et péricholangiolite (syndrome de MacMahon) chez un enfant de 18 mois. Ann. Péd., nºº 52-53 (Sem. Hôp., t. 35), juin-juillet 1959, pp. P. 337-342, 4 fig., bibliogr.
- Hesse (Frank G.). Incidence of cholecystitis and other diseases among Pima Indians of Southern Arizona. J. A. M. A., t. 170, no 15, 8 août 1959, pp. 1789-1790, 1 tabl., référ.

MÉDICAMENT DU POIR

MÉDICAMENT DU POIR

AU REVELL CACHÉL

AMPOULE

RUNARLE

S.A.R.E.P. Laboratoires KROTOFF - 70, rue Borghèse, Weuilly-sur-Seine

I à 2 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS de

PREFAGYL

dans un 1/2 verre d'eau

DYSPEPSIES — GASTRITES

AÉROPHAGIE — ÉTATS NAUSÉEUX

STASE ALIMENTAIRE — HÉPATISME

P. cl. 2

Laboratoire U P S A - AGEN (L.-&-G.)

PARIS (17°) - 37, rue des Acacias

Kystes hydatiques du foie.

- Burnside (W. W.) jr. et Gummins (S. D.). Amebic abscess of the liver in a six-monthold infant. J. Ped., t. 55, nº 4, octobre 1959, pp. 516-520, 4 fig., bibliogr.
- Halperin (A.) et Bilesio (Eldo A.). Quistes hidatídicos separados coexistentes en el lóbulo inferior del pulmón derecho y cara superior del lóbulo hepático. Técnica y técnica quirúrgica utilizada en el tratamiento simultáneo de ambos procesos. Prensa méd. arg., t. 45, nº 46, 14 novembre 1958, pp. 3605-3609, 11 fig.
- Goinard (P.), Pélissier (G.) et Pégullo (J.).

 Mise au point du traitement chirurgical du kyste hydatique du foie. Ann. Chir., t. 43, nos 19-20 (Sem. Hôp.), octobre 1959, pp. C. 1139-1147, 7 fig.

Cancer du foie.

- Brunschwig (Alexander). The surgery of hepatic tumors with special reference to hepatic lobectomies. Klin. Med., t. 14, n° 10, octobre 1959, pp. 539-543, 5 tabl.
- Kremer (K.) et Hilke (H.). Operative Behandlung von Lebertumoren. Zbl. f. Chir., 1. 84, no 31, 1er août 1959, pp. 1225-1232, 6 fig., bibliogr.
- Jakubowicz (Bernard-Wolfgang). Considérations anatomo-cliniques à propos de 28 cancers primitifs du foie. Les relations cancercirrhose. Th. méd. Lyon, 1959, 92 [État]. Lyon-Villeurbanne, Ass. typogr. Gerphagnon, 1959, in-8°, 100 p., 9 tabl. (8 juillet 1959).
- Joselevich (Miguel) et Markus (Zalmon). Carcinoma primitivo de hígado. Prensa méd. arg., t. 46, nº 3, 16 janvier 1959, pp. 173-177, 2 fig., bibliogr.
- Gorbella (E. G.). Su un caso di adenoma bronchiale con metastasi epatiche. Med. internaz., t. 67, nº 6, juin 1959, pp. 216-219, 3 fig., bibliogr.
- Garoli (J.), Gouinaud (C.), Jammet (H.) et coll. Cancer primitif du foie : forme extirpable. Valeur diagnostique de la laparopholographie en couleurs et de la gammagraphie au rose Bengale I. 131. Résection du foie gauche. Rev. méd.-chir. Mal. Foie, t. 34, n° 3, 1959, pp. 139-184, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Jackson (B.). Time-associated variations of mitotic activity in livers of young rats. Anat. Rec., t. 134, no 3, juillet 1959, pp. 365. 377, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Koch (Kjell) et Bradford (John). Primary carcinoma of the liver in infancy. A. M. A.

- J. Dis. Childr., t. 98, no 1, juillet 1959, pp. 72-79, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Kraft (I. A.). The incidence and unique features of primary cancer of the liver in Tobolsk. Probl. Oncol., t. 4, no 3, 1959, pp. 340-343, bibliogr.
- Krecke (H. J.), Linke (A.) et Müller (W.).
 Spontane Hypoglykämie bei primärem
 Lebercarcinom. Disch. Arch. klin. Med.,
 t. 206, n° 1, 7 octobre 1959, pp. 102-118,
 1 tabl., bibliogr.
- Fiala (Silvio) et Fiala (Anna E.). Intracellular localization of carcinogen and its relationship to the mechanism of carcinogenesis in rat liver. Brit. J. Canc., t. 43, n° 2, juin 1959, pp. 236-250, 4 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Kwaan (H. C.), Lo (R.) et McFadzean (A. J. S.). Antifibrinolytic activity in primary carcinoma of the liver. Clin. Sc., t. 48, no 2, 1959, pp. 251-261, 2 fig., 8 tabl.
- Gachin (M.), Lévy (Cl.), Guyet (Mllo P.) et coll. Lymphoréticulo-sarcome à forme ictérique. Rev. intern. Hépatol., t. 9, n° 6, 1959, pp. 563-573, 5 fig., bibliogr.
- Hartroft (W. Stanley). Hepatic cancer. Nutritional factors and the production by dietary choline deficiency of cancer de novo in mice. Gastroenterology, t. 37, n° 5, novembre 1959, pp. 669-688, 5 fig., 3 tabl., bibliogr.: 122 référ.
- Evans (John A.) et Mujahed (Zuheir). Reentgenographic aids in diagnosis of neoplasms of liver and extrahepatic ducts. J. A. M. A., t. 171, n° 2, 12 septembre 1959, pp. 93-111, 3 fig., 1 tabl., bibliogr..
- Fiala (Silvio) et Fiala (Anna E.). On the correlation between metabolic and structural changes during carcinogenesis in ral liver. Brit. J. Canc., t. 43, no 1, mars 1959, pp. 136-151, 5 fig., 7 tabl., bibliogr.
- Gallart-Esquerdo (A.). Cáncer del hígado. Fegato, t. 5, nº 3, septembre 1959, pp. 255-260.
- Epstein (Bernard S.). Diaphragmatic changes incident to hepatic neoplasms. Am. J. Ræntgenol., t. 82, n° 1, juillet 1959, pp. 114-119, 4 fig., référ.
- Diaz-Rubio (M.) et Lopez Romasanta (E.). Cáncer del higado. Rev. clin. esp., t. 74, nº 5, 15 septembre 1959, pp. 292-298, 7 tabl., bibliogr.

Ictère familial du nouveau-né.

Anders (Werner) et Kima (Theodor). Zur Epidemiologie der Hepatitis epidemica in Deutschland. Zbl. f. Bakt., I. Originale, 1. 176, n° 1-2, septembre 1959, pp. 1-34, 19 fig., 13 tabl., bibliogr.

Dans les troubles HÉPATO-VÉSICULAIRES

Dyskinébyl OXYDE D'HYDROXY - 3 - BUTYLE

Nouveau corps chimique de synthèse qui est à la fois cholérétique et spasmolytique



INNOCUITÉ ABSOLUE

Dyskinésies biliaires

Hypertonies avec stase vésiculaire

Spasmes douloureux hépato-vésiculaires

Troubles digestifs

hépato-biliaire Céphalées, Nausées

d'origine

Hypercholestérolémies

30 gouttes 2 à 3 fois par jour dans un peu d'eau sucrée avant chaque repas,



59,

eain

.).

d., 8 11lasis in Γ. J. 8,

y e

15

ŧ

Prix classs 4 Remboursé S. S., A. M. G. at Collectivités Echantillons et Littérature sur demande

Ictère familial du nouveau-né (suite).

- Armand (Pierre). L'auxinutril dans le traitement de l'hépatite épidémique et de ses séquelles. J. Méd. et Chir. prat., t. 130, cah. 25, 1er numéro, décembre 1959, pp. 1163-1179, 2 tabl.
- Joseph (R.), Nezelof (Ch.) et Job (J.-C.). Ictère chronique idiopathique, type Dubin-Johnson. Ann. Péd., n.º 52-53, juin-juillet 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. P. 330-336, 4 fig., bibliogr.
- Joseph (R.), Ribierre (M.), Job (J.-G.) et coll. Une observation de galactosémie congénitale. Évolution des lésions hépatiques. Preuve du défaut enzymatique. Étude familiale. Ann. Péd., nºº 52-53, juin-juillet 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. P. 321-329, 5 fig., 3 tabl., bibliogr. : 89 référ.
- Juif (J.-G.). Les formes nouvelles des ictères du premier trimestre de la vie. Strasb. méd., t. 10, nº 6, juin 1959, pp. 400-403.
- Koch (Garl A.), Jones (Daniel V.), Dine (Mark S.) et coll. Hyperbilirubinemia in premature infants. A follow-up study. J. Ped., t. 55, n° 1, juillet 1959, pp. 23-29, 6 tabl., bibliogr.
- Cattan (Roger) et Cattan (Albert). Ictère et grossesse. Rev. intern. Hépatol., t. 9, nº 4, 1959, pp. 399-416, bibliogr.
- Grinevitch (M^{mo} Hélène-M.). De la distomatose hépatique. A propos d'une épidémie familiale dans le Nord du Cotentin. Th. raéd. Paris, 1959, 882 [État]. Paris, impr. Foulon, 1959, in-8°, 58 p., 1 fig., 2 novembre 1959.
- Chaptal (J.), Jean (P.), Pages (P.) et coll. Les hépatites iclérigènes du nouveau-né et du nourrisson A propos de 40 observations. Pédiatrie, 1. 14, n° 8, 1959, pp. 821-836, 8 fig.
- Holman (Gerald H.). Hyperbilirubinemia in the neonatal period. Quart. Rev. Ped., t. 14, n° 2, avril-juin 1959, pp. 91-98, 4 tabl., bibliogr.

Insuffisance hépatique. Cirrhose, Ascite.

- Gachin (M.). Les ascites cirrhotiques et leur traitement. Presse méd., t. 67, nº 46, 3 octobre 1959, pp. 1705-1707.
- Knorre (Dieter). Zur Frage der rheumatischen Atiologie der Lebercirrhose. Frankf. Z. Path., t. 70, n° 1, 18 septembre 1959, pp. 68-70, bibliogr.
- Crismer (R.), Drèze (Ch.) et Étévé (J.). Guérison clinique, biologique et histolo-

- gique par la deltacortisone de deux hépatites cirrhogènes. Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nº 5, mai 1959, pp. 295-305, 4 fig., 2 tabl., bibliogr., discuss.
- Gox (Rody P.), Foltz (E. L.), Raymond (Samuel) et coll. Novobiocin jaundice. N. Engl. J. Med., t. 264, no 3, 16 juillet 1959, pp. 139-141, référ.
- Jaby (Hubert-M.-Fr.). Étude comparée de la bilirubinémie et de la pression portale chez le cirrhotique. Th. méd. Paris, 1959, 575 [Étal], in-6° ronéot., 48 p., 17 graph. h. t., 19 tabl. h. t. (18 juin 1959).
- Klein (Nicole), Wintzerith (Marguerite), Mandel (Liba) et Mandel (Paul). Étude comparée de la répartition et du renouvellement des acides nucléiques d'un hépatome ascitique et du foie. J. Physiol., t. 51, nº 3, mai-juin 1959, pp. 1995-800, référ.
- Kishi (Yasuya). Experimental study on histogenesis of liver cirrhosis induced by Shiki-min. I. Experimental induction of « diffuse liver fibrosis ». Tokushima J. exp. Med., t. 5, nº 3, décembre 1958, pp. 255-274, 2 tabl., 16 fig. en 2 pl. h. t.
- Kishi (Yasuya). Experimental study on histogenesis of liver cirrhosis induced by Shikimin. II. Further development of a diffuse liver fibrosis » to Laennec type of cirrhosis. Tokushima J. exp. Med., t. 5, nº 3, décembre 1958, pp. 275-287, 2 tabl., bibliogr.: 118 référ., 16 fig. en 2 pl. h. t.
- Cattan (R.), Debray (Ch.), Hamburger (J.) et coll. Comment conduire le traitement d'urgence d'une hématémèse chez un cirrhotique. Presse méd., 1. 67, nº 51, 31 octobre 1959, pp. 1897-1900, discuss.
- Jiménez Diaz (C.), Marina (C.) et Romeo (J. M.). Sindrome familiar de cirrosis hiperesplenica (leucopenia, iclericia hemolítica) con cuadro neurológico. Rev. clin. esp., t. 74, nº 2, 31 juillet 1959, pp. 109-111.
- Kerr (D. N. S.), Read (A. E.) et Sherlock (Sheila). Dihydrochlorothiazide in control of ascites. Lancet, no 7085, 13 juin 1959, pp. 1221-1223, 1 fig., 2 tabl., référ.
- Klesper (Robert), Achenbach (Walter) et Bish (Renate). Über Verhalten der Gerinnungsfaktoren bei Lebercirrhose, Plasmocytom, Makroglobulinämie Waldenström, Retikulose, Retothelsarkom und Purpura hyperglobulinæmica. Ditsch. Arch. klin. Med., t. 206, n° 1, 7 octobre 1959, pp. 59-76, 5 tabl., bibliogr. : 9h référ.
- Hamilton (John D.). The pathology of biliary cirrhosis. Labor. Invest., t. 8, n° 3, maijuin 1959, pp. 701-702, 11 fig., 1 tabl., bibliogr.

ACTUELLEMENT

moyens

de

contraste





ORABILIX



INTRABILIX



VASURIX

VASURIX 50 VASURIX 38 VASURIX 25

- · 6 comprimés suffisent
- · Cholécystographie
- · 20 cm3 suffisent
- · Vaso-urographiè
- Excellente tolérance



seul fabricant

LABORATOIRES ANDRE GUERBET & Cie

22, RUE DU LANDY S'-OUEN (SEINE)

- Insuffisance hépatique. Cirrhose, Ascite (suite).
- Conte (M.), Dalayeun (J.) et Fouet (P.). Lipodystrophie douloureuse (syndrome de Dercum) avec polyurie transitoire et alrophie cérébrale chez un alcoolique cirrhotique. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, t. 75, nººs 16-17, 29 mai 1959, pp. 562-564, référ.
- Hales (Milton R.), Allan (John S.) et Hall (Ernest M.). Injection-corrosion studies of normal and cirrhotic livers. Am. J. Pathol., t. 35, nº 5, septembre-octobre 1959, pp. 909-941, bibliogr., 16 fig. n. et col. en 7 pl.
- Cohn (Roy). The relationship of cardiac hypertrophy to cirrhosis of the liver. Surg., t. 46, no 5, novembre 1959, pp. 887-892, 7 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Cherick (G. R.), Pothier (Lillian), Dufour (J. J.) et coll. Immunologic response to tetanus toxoid inoculation in patients with hepatic cirrhosis. N. Engl. J. Med., t. 264, no 7, 13 août 1959, pp. 340-342, 2 tabl., bibliogr.
- Chapuis (Gilbert). La cirrhose des adultes ågés de moins de 30 ans. Th. méd. Paris, 1959, 774 [État], in-4° dact., 39 p., 2 cartes h. t. (7 juillet 1959).
- Chaikin (Nathan W.) et Konigsberg (Max S.). The clinical significance of blood ammonia levels in Laennec's cirrhosis. Gastroenterology, t. 36, no 6, juin 1959, pp. 785-789, 4 tabl., référ.
- Herman (Robert H.) et Sullivan (Benjamin H.) jr. Heatstroke and jaundice. Am. J. Med. t. 27, nº 1, juillet 1959, pp. 154-166, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.: 54 référ.
- Freedman (Arthur N.), Webster (D. R.) et Skoryna (Stanley C.). Experimental studies on surgical amelioration of ascites in dogs. Surg., Gyn. and Obst., t. 409, no 4, octobre 1959, pp. 417-422, bibliogr.
- Gigglberger (H.). Zur Klinik der Laënnecschen Zirrhose Beobachtungen an 200 Kranken. Münch. med. Wchschr., t. 101, nº 42, 16 octobre 1959, pp. 1842-1846, 4 tabl., bibliogr.
- Gennes (L. de) et Mathieu de Fossey (B.). Le syndrome endocrinien de la cirrhose bronzée. Rev. intern. Hépatol., 1, 9, nº 4, 1959, pp. 311-328, bibliogr. : 49 référ.
- Hillaire (Claude). Évolution de 67 cas de cirrhoses alcooliques traitées dans un service hospitalier parisien. Th. méd. Paris, 1959, 526 [État], in-4° ronéot., 84 p., 4 pl. h. t. (11 juin 1959).
- György (Paul), Goldblatt (Harry) et Ganzin

- (Marcel). Dietary fat and cirrhosis of the liver. Gastroenterology, 1. 37, no 5, novembre 1959, pp. 637-642, 3 tabl., bibliogr.
- Fisher (Edwin R.) et Hellstrom (H. Richard). The membranous and proliferative glomerulonephritis of hepatic cirrhosis. Am. J. clin. Path., t. 32, no 1, juillet 1959, pp. 48-55, 6 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Fast (Bernhard), Wolfe (Stanley J.), Stormont (James M.) et coll. Fat absorption in alcoholics with cirrhosis. Gastroenterology, t. 37, n° 3, septembre 1959, pp. 321-324, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gillot (F.), Bigorie (G.) et Assaya (P.). Parotidose et cirrhose chez une enfant kabyle (Problèmes posés par cette association). Algér. méd., t. 63, nº 8, août 1959, pp. 747-750, 4 fig., bibliogr.
- Dupin (Guy). Considérations sur l'action de certains des dérivés de l'acide aspartique au cours des cirrhoses. Th. méd. Paris, 1959, 849 [État]. Chartres, impr. Tantet et Catinal, 1959, in-89, 48 p. (10 juillet 1959).
- Grassi (B.) et Cagianelli (M. A.). Rilievi clinico-metabolici e bioptici in corso di trattamento della cirrosi epatica con prednisone e 4-clorotestosterone acetato. Min. med., t. 50, n° 93, 21 novembre 1959, pp. 3740-3753, 24 fig., 4 tabl.
- Dubrisay (J.) La diététique des cirrhoses du foie. Thérap., t. 35, nº 7, juillet 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 623-625.
- Dubrisay (J.) et Darnis (F.). Les cirrhoses hépatiques expérimentales. Path. et Biol., t. 7, nºa 13-14, juillet 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. 157:1-1587, 1 tabl., bibliogr. méthod.: 148 référ.
- Grilliat (J.-P.), Konig (M¹⁰ E.) et Vaillant (G.). Diabète survenant au cours de cirrhoses traitées par delta-cortisone. Rev. méd. Nancy, A. 80, t. 84, juillet-août 1959, pp. 720-727, bibliogr.
- Donaldson (Robert M.) jr., Arabehety (Julian) et Gray (Seymour J.). In vivo studies of 5-hydroxyindole metabolism in patients with hepatic cirrhosis and in rats. J. clin. Invest., t. 38, no 6. juin 1959, pp. 933-938, 2 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Gros (H.) et Hennemann (G.). Leberzirrhosen bei Heimkehrern. Medizinische, no 44, 31 octobre 1959, pp. 2092-2095, bibliogr.
- Garoli (J.). Le traitement d'urgence des hématémèses des cirrhotiques par rupture de varices œsophagiennes. Rev. méd.-chir. Mal. Foie, 1. 34, nº 2, 1959, pp. 63-84.

BISMUTITANE TITANE COIRRE

PANSEMENTS GASTRO-INTESTINAUX

2 à 4 cuillerées à café par jour

COIRRE

NOUVEL AGENT HORMONAL ANTI-ULCÉREUX

ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX GASTRITES - DUODÉNITES - HYPERCHLORHYDRIE

Comprimés

6 unités rats

4 comprimés par jour

L'unité rat est la quantité minima de substance suffisant à empêcher la formation d'ulcères dans l'estomac de rais, pesant 200 gr., dont le pylore a été ligaturé.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

ANTILONE P. Cl. 16 le flacon de 20 comprimés
BISMUTITANE P. Cl. 5 la botte de 105 grammes

P. Cl. 2 la botte de 105 grammes

TITANE

COIRRE

5, Boulevard du Montparnasse - PARIS (6°)

Fleisher (Gerard A.), Bartholomew (Lloyd G.), Cain (James C.) et coll. Ascites. II. The value of determinations of enzymes in the study of ascitic fluid. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 325-331, 6 fig., bibliogr.

Ictères par hépatites.

- Diot (Françoise-A.). A propos d'un cas d'ictère franc, symptôme révélateur d'une leucose aiguë chez un enfant de 15 ans. Th. méd. Paris, 1959, 570 [État], in-4° dact., 35 p. (17 juin 1959).
- Dennig (H.). Welche Rolle spielt die homologe Serumhepatitis heute noch? Medizinische, no 45, 7 novembre 1959, pp. 2153-2155, bibliogr.
- Felix (Arthur), Schwartz (Ernest) et Rifkin (Harold). Iproniazid hepatitis. Report of five cases and review of pertinent literature. A. M. A. Arch. int. Med., t, 104, nº 1, juillet 1959, pp. 72-82, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Gabez (M.). Traitement des ictères graves. Méd. libre, t. 33, nº 7, juillet 1959, pp. 26-29.
- Gandelmann (Ruben). Hepatite tóxica causada pela administração parenteral de proteinas dos cristalino de peixe. Rev. brasil. Med., t. **16**, nº 5, mai 1959, pp. 345-348.
- Garnier (Christian). Considérations sur plusieurs observations d'hépatites à virus anictériques. Th. méd. Paris, 1959, 772 [État], in-4º ronéot., 7h p. (7 juillet 1959).
- Gledhill (A. W.). The interference of mouse hepatitis virus with ectromelia in mice and a possible explanation of its mechanism. Brit. J. exp. Path., t. 40, no 3, juin 1959, pp. 291-300, 8 tabl., référ.
- Greene (Carl H.). Differential diagnosis of jaundice. A statistical study of nine hundred twenty-six cases. J. A. M. A., t. 171, nº 13, 28 novembre 1959, pp. 1780-1783, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Hoxworth (Paul I.), Haesler (Walter E.) jr. et Smith (Harry) jr. The risk of hepatitis from whole blood and stored plasma. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, no 1, juillet 1959, pp. 38-42, référ.
- Golobert (L.), Maître (P.) et Duffrêne (A.). Hémagglutination des hématies de singe et hépatite infectieuse. Ann. Inst. Pasteur, t. 97, nº 4, octobre 1959, pp. 560-570, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Gampillo (Garlos). El laboratorio en el diagnóstico de las hepatitis por virus. Bol.

- epidemiol., t. 22, nº 4, octobre-décembre 1958, pp. 96-97.
- Krebs (H. J.) et Scharenberg (P.). Serumhepatitis nach Bluttransfusionen. Disch. med. Webschr., t. 84, no 31, 31 juillet 1959, pp. 1376-1379, 2 tabl., bibliogr.
- Krugman (Saul), Ward (Robert), Giles (Joan P.) et coll. Infectious hepatitis. Detection of virus during the incubation period and in clinically inapparent infection. N. Engl. J. Med., t. 261, nº 15, 8 octobre 1959, pp. 739-734, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Külz (J.). Die Salzsäure-Collargol-Reaktion im Serum bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Hepatitis epidemica. Arch. Kinderheilk., 1. 160, no 1, 1959, pp. 18-25, 3 fg., bibliogr.
- Kyrle (P.). Zur Chirurgie des hepatischen Ikterus. Klin. Med., t. 14, nº 10, octobre 1959, pp. 444-450, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Hernandez de La Portilla (Roberto) et Rojas (Edmundo). Dolor abdominal, ictericia y hematemesis. Rev. Invest. clin., t. 11, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 109-117.
- Floch (Martin) et Leibowitz (Sidney). Hemorrhage from multiple sites with chlorpromazine-induced jaundice. J. A. M. A., t. 470, n° 17, 28 août 1959, pp. 2060-2064, bibliogr.

FOIE

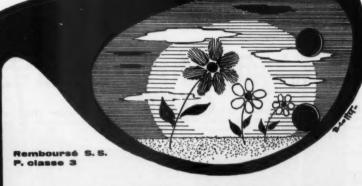
Étude fonctionnelle. Biopsie.

- Hughes (P. E.). Fractionation of azo-peptides in tryptic digests of rat liver. Cancer Res., t. 49, no 5, juin 1959, pp. 472-476, 1 fig., bibliogr.
- Huggins (Charles) et Fung-O Yao. Influence of hormones on liver. I. Effect of steroids and 'thyroxine on pyridine nucleotide-linked dehydrogenases. J. exp. Med., t. 410, no 6, ter décembre 1959, pp. 899-919, 8 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Dufour (Didier). Mise en évidence de la relation antigénique entre le foie et la tumeur de Walker. Bull. Assoc. fr. Etude Cancer, A. 50, t. 46, n° 1, janvier-mars 1959, pp. 132-138, 5 fig., 3 tabl., référ.
- Brückner (Brunhilt). Nachuntersuchungen von Hepatitiskranken im Sinne der Dispensairemethode. Z. inn. Med., t. 14, nº 19, 1° octobre 1959, pp. 906-913, 3 tabl., bibliogr.

extrait spécial de suc de réglisse

REGASTROL

gastrites ulcères gastro-duodénaux



exempt de gommes et résines riche en principes actifs aux propriétés modificatrices de la sécrétion gastrique

LABORATOIRES BIODICA . SOUDAN PARIS

Ò,

9,

- Divers. Etude fonctionnelle. Biopsie (suite).
- Hugonot. Les formes hépatiques primitives de la maladie de Hodgkin. A propos de deux observations. Soc. Méd. milit. fr., t. 53, nº 4, avril 1959, pp. 122-125, bibliogr., discuss.
- Haddad (Bension). Contribution à l'étude des hématomes sous-capsulaires du foie. Th. méd. Paris, 1959, 836 [État], in-4º dact., 38 p. (10 juillet 1959).
- Dzwonczyk (John) jr., Serlin (Oscar) et Skerrett (Philip V.). Spontaneous rupture of the liver. Report of a case secondary to polyarthritis nodosa. Ann. Surg., t. 150, n° 2, août 1959, pp. 327-330, 4 fig., bibliogr.
- Islami (Abdol H.), Pack (George T.), Schwartz (Morton K.) et coll. Regenerative hyperplasia of the liver following major hepatectomy: chemical analysis of the regenerated liver and comparative nuclear cunts. Ann. Surg., t. 150, no 1, juillet 1959, pp. 85-89, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Hoffbauer (F. W.). Liver disease. Am. J. dig. Dis., t. 4, no 10, octobre 1959, pp. 755-774, bibliogr. : 76 référ.
- Harpur (Eleanor R.). Clinical biochemistry of glycogen storage disease of the liver. Rev. canad. Biol., t. 18, no 3, september 1959, pp. 283-288, I fig., I tabl., bibliogr.
- Hamilton (James G.) et Dieckert (Julius W.). The separation of some bile acids by glass-paper chromatography. Arch. Bioch. and Bioph., t. 82, no 1, mai 1959, pp. 203-211, 2 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Iwasa (Saburo). Multiplication of Rift Valley fever virus in human liver cell culture with special reference to production complement fixing antigen. Japan J. exp. Med., t. 29, no 4, août 1959, pp. 323-334, 2 fig., 4 tabl., bibliogr., 4 fig. en 1 pl. h. t.
- Joseph (R.), Nexelof (Ch.), Job (J.-G.) et coll. La tuberculose macronodulaire du foie. Une observation avec revue de la littérature. Ann. Péd., nºa 52-53, juin-juillet 1959 (Sen. Hôp., t. 35), pp. P. 342-345, 2 fig., bibliogr.
- Juret (P.). La réaction au phénol de Kunkel. Path. et Biol., t. 7, non 19-20, octobre 1959, pp. 2193-2194, bibliogr.
- Roide (Hikaru) et Oda (Toshitsugu). Pathological occurrence of glucose-6-phosphatase in serum in liver diseases. Clin. chim. Acta, 1. 4, nº 4, juillet 1959, pp. 554-561, 4 fig., 3 tabl., référ.
- Breuer (H.), Nocke (Lieselotte) et Knuppen (R.). Stoffwechsel der Östrogene in Leberschnitten der Ratte. Hoppe-Seylers 2. physiol.

- Chem., t. 315, nos 1-3, 1959, pp. 72-79, 2 fig., 1 tabl., référ.
- Kühböck (J.). Gerinnungsstörungen bei Lebererkrankungen. Wien. Z. inn. Med., t. 40, no 4, avril 1959, pp. 149-158, 2 tabl., bibliogr.
- Kratochvil (M.), Cerny (J.), Minar (J.) et coll. Inaktivationsfähigkeit der Leber für 1-Noradrenalin bei experimentellen Leberschädigungen. Z. ges. exp. Med., t. 434, n° 5, 16 juin 1959, pp. 466-469, 5 tabl., bibliogr.
- Dolijanski (F.) et Novogratzky (M.). Liver restoration in hypophysectomized rats. Labor. Invest., t. 8, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 989-995, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Engelhart (H.), Thaler (H.) et Wenger (R.). Ober den Einfluss einfacher halbsynthetischer Futtermischungen auf Schädigungsgrad und Fettgehalt der Leber CCL, vergisteter Ratten. Z. exp. Med., t. 434, nº 4, 11 mai 1959, pp. 323-333, 6 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Fiehrer (A.). Les hémorragies des hépatiques. Gaz. Hôp., t. 131, nº 18, 30 juin 1959, pp. 660-664.
- Corwin (Laurence M.). Oxaloacetic decarboxylase from rat liver mitochondria. J. biol. Chem., t. 234, nº 6, juin 1959, pp. 1338-1341, 2 fig., 6 tabl., référ.
- Huart (Pierre-M.). Contribution à l'étude anatomo-clinique de la distomatose hépatique. Th. méd. Paris, 1959, 914 [État]. Paris, тав, 1959, in-8° multigr., 41 p. (23 novembre 1959).
- Gini (Roberto), Celsi (Tito) et Trevisan (Angel). El hepatograma en los asmáticos. Prensa méd. arg., t. 46, nº 1, 2 janvier 1959, pp. 70-75, 1 tabl., bibliogr. : 89 référ.
- Corcos (V.), Caroli (J.), Parat (A.) et coll. Contribution à l'étude du syndrome de Budd-Chiari. Rev. intern. Hépatol., t. 9, n° 3, 1959, pp. 227-265, 1 tabl., bibliogr. : 47 référ.
- Gilbrin (E.) et Nicolle (M.-H.). Le coma hépatique. Clinique, t. 54, nº 535, mai 1959, pp. 225-231.
- Girard (M.) et Guillermet (J.). A propos de deux observations de syphilis gommeuse du foie. Rev. lyonn. Méd., t. 8, n° 18, 30 novembre 1959, pp. 1225-1227.
- Gould (R. Gordon), Bell (Virginia L.) et Lilly (Edith H.). Stimulation of cholesterol biosynthesis from acetate in rat liver and adrenals by whole body X-irradiation. Am. J. Physiol., t. 496, n° 6, juin 1959, pp. 1231-1237, 4 fig., 7 tabl., bibliogr.

SECRETINE SINBIO

hormone régulatrice des sécrétions du carrefour duodénal

> AMPOULES BOITE DE 6

SUPPOSITOIRES

HORMONE LIPOCATQUE SINBIO

Réglemente le métabolisme des lipides

DRAGEES DOSEES A 0,10

Échantillons et littérature sur simple demande adressée à :

SINBIO

7, AVENUE DES SOURCES - NICE

- Divers. Étude fonctionnelle. Biopsie (suite).
- Emmelot (P.), Bos (G. J.), Brombacher (P. J.) et coll. Studies on isolated tumour mitochondria: biochemical properties of mitochondria from hepatomas with special reference to a transplanted rat hematoma of the solid type. Brit. J. Canc., t. 13, n° 2, juin 1959, pp. 348-379, 14 fig., 14 tabl., bibliogr., addend.
- Connor (William E.) et Eckstein (John W.). The removal of lipoprotein lipase from the blood by the normal and diseased liver. J. clin. Invest., t. 38, nº 10-1, octobre 1959, pp. 1746-1755, 2 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Bock (H. E.), Gross (R.), Lambers (K.) et coll. Leukämie und Leber. Medizinische, nos 29-30, 25 juillet 1959, pp. 1325-1331, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Benter (Wolfgang). Nebenreaktion zur Takatareaktion zur Abgrenzung von Leberstauungen. Medizinische, n⁰⁸ 27-28, 11 juillet 1959, pp. 1297-1298, bibliogr.
- Greengard (Olga) et Campbell (P. N.). Factors influencing the incorporation of amino acid into the protein of microsome and mitochondria preparations of Rat liver and liver tumour. Bioch. J., t. 72, n° 2, juin 1959, pp. 305-310, 6 tabl., bibliogr.
- Grimoud, Lapeyre, Grezes-Rueff et coll. A propos de deux observations d'iléus biliaire. Toul. méd., t. 60, nº 7, juillet 1959, pp. 475-480.
- Chippaux (Cl.), Courson (B.), Prat (P.) et coll. A propos d'un cas d'abcès pyogazeux du foie chez un enfant de 2 ans 1/2. Méd. trop., 1. 19, nº 3, mai-juin 1959, pp. 350-355, 3 fig., référ.
- Corwin (W. C.) et Nettleship (Anderson). A solitary erythroblastoma of the liver. J. Labor. and clin. Med., t. 53, n° 6, juin 1959, pp. 882-887, 3 flg., référ.
- Hock (Andreas) et Bergner (Hans). Ober experimentelle ernährungsbedingte Lebernekrosen. H. Grundumsatz und Jodaufnahme der Schilddrüse bei Lebernekrose erzeugenden Hefediäten. Hoppe-Seylers Z. physiol. Chem., t. 345, nos. 1-3, 1959, pp. 101-108, 3 fig., 2 labl., référ.
- Frimberger (Ferdinand). Differential-Blutsenkung (DBS) mit Bestimmung des Hämatokritvolumens ohne Zentrifuge, der Serumgeline und des Fibrogens bei Leberkrankheiten. Dtsch. Arch. klin. Med., t. 206, n° 1, 7 octobre 1959, pp. 82-101, 10 tabl., bibliogr.
- Hock (Andreas) et Strunz (Klaus). Ober experimentelle ernährungsbedingte Lebernekrosen. I. In vitro-Atmung des Leber-

- gewebes bei verschiedenen Diätformen. Hoppe-Seylers Z. physiol. Chem., t. 345, nos 1-3, 1959, pp. 90-100, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Hankiss (Johann). Kollodiumeinhüllung der Leber zur Untersuchung des Lymphkreislaufs der Leberkapsel. Z. inn. Med., t. 14, n° 21, 1er novembre 1959, pp. 1018-1020, 5 fig., bibliogr.
- Hofstetter (J.-R.). Le traitement des maladies du parenchyme hépatique. Praxis, t. 48, n° 27, 2 juillet 1959, pp. 622-628, bibliogr.
- Healey (R. J.), Leff (A. H.) et Rosenak (B. D.). Needle biopsy in tuberculosis of the liver, with culture of acid-fast bacilli. Am. J. dig. Dis., t. 4, no 8, août 1959, pp. 638-641, 2 fig., bibliogr.
- Frei (W.), Stünzi (H.) et Almasy (F.). Ober die Leberlipide des Meerschweinchens. I. Mitteilung: der Neutralfett., Phosphatid-Cholesterin- und fettfreie Trockensubstanzgehalt der Leber normaler Meerschweinchen. Helv. physiol. Acta, t. 17, n° 3, octobre 1959, pp. 268-274, 3 tabl., bibliogr.
- Dufour (Didier). Action du thymus sur la réaction non spécifique du rat porteur de l'hépatome de Novikoff. Bull. Assoc. fr. Etude Cancer, A. 50, t. 46, nº 1, janviermars 1959, pp. 139-144, 4 fig., 2 tabl., référ.
- Hartmann (Norbert). Über Wirkungsbedingungen der Leber im Jodstoffwechsel. IV. 1. Kinetik der Leberplasma-Dejodase. Hoppe-Seylers Z. physiol. Chem., t. 346, nos 3-6, 1959, pp. 199-201, 1 fig., 1 tabl., référ.
- Groote (J. de) et Vandenbroucke (J.). Classification étiopathogénique de divers cas de précoma et coma hépatique. Acta gastrenter. betg., t. 22, nº 5, mai 1959, pp. 265-276, ¼ fig., 3 tabl., bibliogr., discuss.
- Glenn (Joseph L.) et Vanko (Michel). Choline and aldehyde oxidation by rat liver. Arch. Biochem. and Bioph., t. 82, n° 1, mai 1959, pp. 145-152, 1 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Fauvert (R. E.). The concept of hepatic clearance. Gastroenterology, t. 37, no 5, novembre 1959, pp. 603-616, 14 fig., bibliogr.
- Fischerman (Kaj). Ruptura hepatis, 16 tifaelde, hvoraf i forërsaget af sikkerhedsvælte i bil. Ugeskr. f. Laeg., t. 121, nº 44, 29 octobre 1959, pp. 1686-1689, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Davis (W. D.) jr., Batson (Hugh) jr., Schindel (William) et coll. The splenic approach to the portal circulation. Am. J. Gastroenterol., t. 32, n° 2, août 1959, pp. 194-205, 13 fig., 2 tabl., bibliogr., discuss.

SOMMAIRE DU Nº 9bis _ SEPTEMBRE 1961

Société Nationale Française de Proctologie :

of i.

n.

la le r.

r.

el. se. 16,

de r.-55-

er.

d.,

ar-

m-

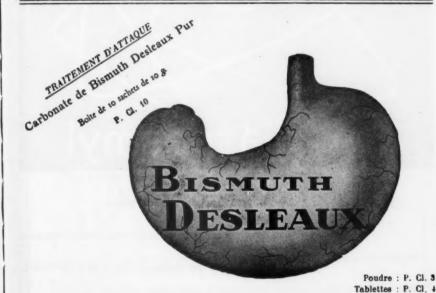
de, oil. ore gr.

in-

ro-05, Séance annuelle du dimanche 12 mars 1961.

RAPPORTS

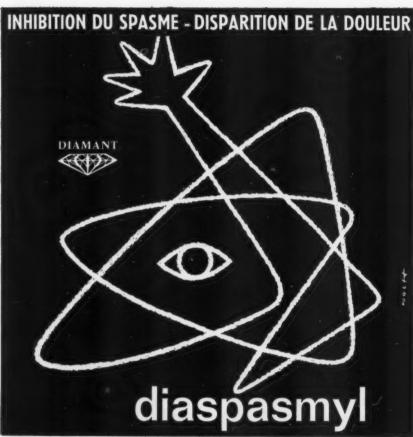
MM. J. Arnous et E. Parnaud. — Étude clinique, endoscopique et radiologique des adénomes du rectosigmoïde	1
MM. R. Tourneur et M. Tourneur-Favre. — Les adénomes et polypes du rectum. Étude histopathologique	14
MM. J. SOULLARD, F. POTET, F. DUPREY, JJ. FERRIER et A. LAMBLING. — Évolution et pronostic des polypes rectosigmoïdiens	26
MM. R. Laumonier et R. Laquerrière. — L'utilisation de l'histophoto-	A



PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL IDÉAL

LABORATOIRE LANCOSME- 19, Rue Aloin-Chortier Peris (15") TEL VAU. 41-62

2



SPASMOLYTIQUE DE SYNTHÈSE

Troubles spasmodiques des affections biliaires, gastriques et intestinales

2 à 4 comprimés par 24 heures, ou davantage suivant l'importance des symptômes

Flacon de 30 comprimés sécables dosés à 25 mg de DIASPASMYL.

remboursé S. S. P. cl. 7

Laboratoires DIAMANT S.A. - 63, Bd Haussmann - PARIS 8º

SOMMAIRE

MM. A. Poirier et Cl. Houdard. — Traitement des polypes rectaux et recto-	
sigmoïdes	55
MM, Roger Cattan et Daniel Cattan. — Polypes et polyposes rectocoliques.	71
M. A. Bensaude. — Polypes rectosigmoïdiens de l'enfant	79
COMMUNICATIONS	
M. Ian P. Todd. — A propos de 100 cas de lymphomes bénins du rectum	89
M ^{me} M. Parturier-Albot, M. J. Boulay et M ^{me} H. Miansarow. — A propos de l'aspect morphologique des adénomes du recto-sigmoïde, de leur diagnostic macroscopique différentiel avec les épithéliomas polypoïdes,	
et de leur éventuelle transformation maligne	91
MM. E. Parnaud et J. Arnous. — Exérèse par voie basse, sous anesthésie	
générale, de polypes du sigmoïde apparemment inaccessibles	94
М. Jean Duhamel. — A propos des polypes recto-sigmoïdiens de l'enfant	95
MM. JJ. DUBARRY, J. TOURNERIE, Ét. DUBARRY et J. DAYDREIN Poly-	

APPAREIL POUR SANILIAC

poses coliques et polypes disséminés : les cas litigieux

BREVETÉ S. G. D. G.





- SIMPLE
- HYGIÉNIQUE

3

98

- EFFICACE
- TOLÉRANCE PARFAITE
- Équipé avec poches en polyéthylène jetables après usage, enveloppant et protégeant entièrement l'anneau-support.
- Ceinture réglable, adhérence et étanchéité assurées sans aucun collage.
 En vente chez les principaux Bandagistes et Orthopédistes Notice sur demande

PORGES - FABRICANT, 25, QUAI ANATOLE-FRANCE - PARIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ORGANES DE L'APPAREIL DIGESTIF

FOIE

Divers. Étude fonctionnelle. Biopsie (suite).

Dianzani (Pario Umberto). Le alterazioni mitocondriali nella patogenesi della steatosi epatica. Fegato. 1. 4, nº 4, décembre 1958, pp. 371-395, bibliogr. : pp. 392-396.

Kawahata (Aikoh) et Garlson (Loren D.). Role of rat liver in nonshivering thermogenesis. Proceed. Soc. exp. Biol. and Med., t. 104, no 2, juin 1959, pp. 303-306, 2 fig., t labl., bibliogr.

Heusghem (C.). Aspect biochimique de l'intervention du foie dans le métabolisme des cestrogènes naturels. Rev. intern. Hépatol., t. 9, nº 4, 1959, pp. 329-352. 4 fig., 2 tabl., bibliogr. : 104 référ.

Kraus (Gunther E.) et Beltran (Arturo). Effect of induced infarction on rat liver implanted with Walker carcinoma 256. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, n° 5, novembre 1959, pp. 769-774, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.

Kushima (Kanji). Studies on the effect of orotic acid in liver damage. I. The influence of orotic acid in experimental liver damage. Med. J. Osaka Univ., t. 9, n°s 3-4, décembre 1958, pp. 549-565, 11 fig., 8 tabl., bibliogr.

DIGESTION

du pain et des féculents Fermentations et gaz gastro-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salivaire au pancréatique -Maladies par cerence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES de l'Orge et des cérécles germées

2 Formes Comprimés — Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER 10, rue Clopeyron - Paris (8°) MASSON et Cie, éd., 120, Bd St-Germain PARIS-6e

VADE-MECUM CLINIQUE DU MÉDECIN PRATICIEN

par '

V. FATTORUSSO et O. RITTER

5e édition augmentée et mise à jour

1.616 pages avec figures et tableaux (13 5 × 19,5). Cartonné......

47 NF

Divers. Etude fonctionnelle. Biopsie (suite).

Hennrich (G.) et Breuer (H.). Blutammoniak-Bestimmung in der Leberfunktionsdiagnostik. Dtsch. med. Wchschr., t. 84, n° 32, 7 août 1959, pp. 1415-1416, bibliogr.

Hawkins (R. D.), Ashworth (M. A.), Schachter (H.) et coll. Effect of continuous glucose infusion on the glucose-6-phosphate activity of the liver in rats. N. Engl. J. Med., t. 261, no 9, 27 août 1959, pp. 434-437, A fig., bibliogr.

Hayashi (Yujiro). The effect of ribonuclease on the inductive ability of liver pentose nucleoprotein. Develop. Biol., t. 1, nº 3, septembre 1959, pp. 247-268, 10 fig., 2 tabl., bibliogr.

Hennrich (G.) et Breuer (H.). Zur Frage der Kalium- und Natriumbestimmung im Serum bei Leberkrankungen. Ärztl. Wehschr., t. 14, n° 22, 29 mai 1959, pp. 421-424, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.

of

Goreczky. Fibrinogenmobilisation aus der Leber nach Adrenalininjektion. Z. ges. exp. Med., i. 131, nº 5, 16 juin 1959, pp. 503-506, 1 fig., 1 tabl., bibliogr. Giraud (G.), Lévy (A.) et Barjon (P.). Fonction biliaire et hormones. Ann. Labor. Card. et Clin. méd., t. 6, 1958 (publ. 1959), pp. 70-96, bibliogr.

Giotti (A.) et Buffoni (F.). L'influenza del β-sitosterolo sulla epatotesaurismosi colesterolitica. Arch. Sc. biol., t. 43, n° 2, avriljuin 1959, pp. 206-230, 4 fig., 6 tabl., bibliogr.: 68 référ.

Garbay (M.). La dérivation transhépatique des hormones surrénaliennes. J. Chir., t. 77, n° 4, avril 1959, pp. 455-459, 4 fig., référ.

Fauvert (R.) et Boivin (P.). L'intérêt du dosage des transaminases du sérum en pathologie hépatique. Rev. méd.-chir. Mal. Foie, t. 34, nº 3, 1959, pp. 132-138.

Curzio (G.), Vittoria (G.) et Iovino (M. G.). La funzionalità epatica dopo epatectomia parziale sperimentale, associata alla legatura dell'arteria epatica comune. Fegato, t. 5, nº 3, septembre 1950, pp. 303-311, 3 tabl., bibliogr.

Dakin (Richard L.), Jew (Jack), Harper (Harold A.) et coll. Temporary exclusion of liver from the circulatory system. Method for metabolism studies in animals. Arch. Surg., t. 78, n° 6, juin 1959, pp. 856-861, 5 fig., 1 tabl., référ., discuss.



S. S. : P. cl. 1-2

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM PURE ET VRAIE

(au Junipérus Oxycédrus)

Gouttes: 1 à 2 à chaque repas Gouttes: 3 à 6 par repas Suppositoires: I matin et soir

Lithiases Biliaires, Cholécystites Lithiases Rénales, Angiocholites Tyélonéphrites

LABORATOIRES MONAL

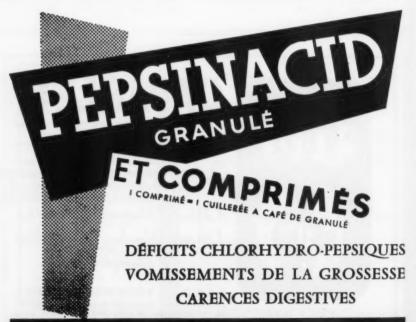
DOCTEUR EN PHARMACIE - LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 13, AVENUE DE SÉGUR, PARIS-7 - INV. 52-73. Divers. Etude fonctionnelle. Biopsie (suite).

- Delaloye (B.), Magnenat (P.) et Cruchaud (S.). L'hépatoscintillogramme après injection d'albumine humaine dénaturée marquée à 1¹²³ I. Schw. med. Wehschr., t. 89, n° 50, 12 décembre 1959, pp. 1305-1308, 9 fig., bibliogr.
- Edlund (Yngve A.), Mollstedt (Bengt 0.) et Ouchterlony (Oerjan). Bacteriological investigation of the biliary system and liver in biliary tract disease correlated to clinical data and microstructure of the gallbladder and liver. Acta chir. scand., t. 416, n° 5-6, 15 mai 1959, pp. λ61-λ76, 5 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Edlund (Y.) et Zettergren (L.). Histopathology of the gallbladder in gallstone disease related to clinical data with a proposal for uniform surgical and clinical terminology. Acta chir. scand., t. 416, no 5-6, 15 mai 1959, pp. 450-460, 16 fig., dont 15 en 4 pl. h. t., bibliogr.

DUODÉNUM

Divers.

- Jones (Thomas W.) et Harkins (Henry N.). The mechanism of inhibition of gastric acid secretion by the duodenum. Gastroenterology, t. 37, no r, juillet 1959, pp. 81-86, 1 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Komrad (Eugene L.). Inverted duodenum with duodenal ulcer: case presentation. J. Mt. Sinai Hosp., t. 26, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 447-449, 2 fig., bibliogr.
- Gheli (R.) et Dodero (M.). Contributo dei reperti bioptici alla conoscenza dell'istologia e dell'istopatologia della mucosa duodenale. Min. med., t. 50, nº 37, 9 mai 1959, pp. 1392-1398, 16 fig., bibliogr.
- Gima (G.) et Bonora (R.). Effetti terapeutici dell'acido 1-4-(dicaffeil-clinico) (Cinarina) per via orale, rettale, endovenosa ed endoduodenale. Min. med., t. 50, nº 55, rı juillet 1959, pp. 2288-2291, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.



LABORATOIRE M. LACHARTRE • 10 RUE DE CITEAUX • PARIS 12

TRANSITOL

ASSURE LE TRANSIT INTESTINAL

SANS PURGATIF SANS FUITES ANALES



lei

ici er 10let gr.

> ... RÉGULARISE LA FONCTION

EN RÉÉDUQUANT L'ORGANE...

REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

GELÉE P. cl. 6

Duodénum. Divers (suite).

- (Edmondo) et Tropeano Sull'ulcera duodenale in il neonatale. Fol. hered. pathol., t. 8, nº 3, juillet 1959, pp. 227-254, bibliogr., 15 fig. en 3 pl. h. l.
- Cruz Esparza (Pablo). Un caso de estenosis traumática del duodeno. Rev. Gastroenter. Méx., 1. 24, nº 140, mars-avril 1959, pp. 87-92, 10 fig., référ.
- Encrantz (Jan Carl) et Sjövall (Jan). On the bile acids in duodenal contents of infants and children. Bile acids and steroids 72. Clin. chim. Acta, t. 4, nº 6, novembre 1959, pp. 793-799, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Huber (P.). Über einen Fall von Duodenal-karzinom. Gastroenterologia, t. 92, non 4-6, 1959, pp. 207-211, 2 fig., bibliogr., discuss.
- Godart (J.). Un cas de pancréas aberrant du deuxième duodénum. Presse méd., t. 67, nº 56, 28 novembre 1959 (Confront. radio-anat.-clin.), p. vi, 3 fig.
- Dische (Zacharias), Sant'Agnese (Paul di), Pallavicini (Charles) et coll. Composition of mucoprotein fractions from duodenal fluid of patients with cystic fibrosis of the pancreas and from controls. Ped., t. 24, no 7, juillet 1959, pp. 74-91, 5 fig., 7 tabl., bibliogr.
- Harrison (R. C.). The control of acid in the duodenal ulcer patient. Canad. med. Ass. J., t. 81, no 2, 15 juillet 1959, pp. 118-120, bibliogr.
- Ferguson (Ira A.) jr. et Goade (William J.) ir. Intramural hematoma of the duodenum. N. Engl. J. Med., 1. 260, no 23, 4 juin 1959, pp. 1176-1177, 2 fig., référ.
- erraris (Enrico) el Gandolfo Caramello (M. T.). Su un caso di atresia duodenale operate con successo. Min. chir., t. 14, no 11, 15 juin 1959, pp. 726-729, 3 fig., bibliogr.

DIABÈTE

Traitement.

- Dormandy (Thomas L.), Leak (David) et Grant (Michael). Hypoglycæmia induced by galactose. Lancet, no 7097, 5 septembre 1959, pp. 269-271, 4 fig., a tabl., bibliogr.
- (G.). Über Konstitution Ehrhart Wirkungsmechanismus der oralen Anti-diabelika. Wien. med. Wehschr., t. 109, nº 42, 17 octobre 1959, pp. 805-806.
- Goto (Yoshio), Ito (Isao) et Seino (Kogo). Peripheral utilization of glucose in diabetic patients. Tohoku J. exp. Med., t. 69, nos 2-3, 5 février 1959, pp. 113-122, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Fonss-Bech (P.) et Nielsen (Meta Dankjaer). The separation of the A and B chains from oxidized insulin. II. Zone electrophoresis in a density gradient. Rep. Steno Mem. Hosp. and Nord. Insulinlabor., t. 7, 1958, pp. 90-98, 5 fig., bibliogr.
- Fonss-Bech (P.) et Skovsted (Lis). The separation of the A and B chains from oxidized_insulin. I. Zone electrophoresis on starch. Rep. Steno Mem. Hosp. and Nord. Insulinlabor., t. 7, 1958, pp. 82-89, 6 fig., bibliogr.
- urico Lisboa (Pedro), Gastel Branco (Nuno), Maciado Sa Marques (Machado) et coll. Primeiros ensaios de terapêutica deam-Eurico Lisboa bulatória da diabetes pela fenetitidiguanida (D. B. 1). Jorn. do Méd., A. 19, vol. 39, nº 850, 9 mai 1959, pp. 61-72, 4 tabl., hibliogr.
- Giambrone (I.), Deodato (M.), Cannada (E.) et coll. Possibilità di impiego della cicloserina nel trattamento del diabete mellito in soggetti tuberculotici. Riv. Pat. e Clin. d. Tubercol., t. 32, no 3, mai-juin 1959, pp. 368-373, 1 tabl., référ.

WEDNEAMENT DU POIE UN CHCHET D'UNE AMPOULE BUNDELE

AÉROCID

AÉROGASTRIE

AÉROCOLIE

Ces deux radios pratiquées avant et après le traitement CURE de 50 jours

APRÈS



schets P. Cl. 3

Comprimés P. Cl. 2

Il existe une nette diminution de la réaction inflammatoire muqueuse constatée lors de l'examen antérieur.

La poche à air est moins volumineuse. La muqueuse est beaucoup plus souple; ses plis sont plus parallèles et la zone pyloro-duodénale offre également une iconographie beaucoup moins inflammatoire.

CONCLUSION : Amélioration importante des signes de gastrite constatés lors de l'examen antérieur.

248 bis, rue G.-Péri - CACHAN (Seine) - ALE. 40-56

Traitement (suite).

- Crolle (G.) et Pietra (R.). Rilievi e considerazioni su alcuni casi di remissione di diabete mellito per cirrosi epatica. Min. mcd., t. 50, nº 95, 28 novembre 1959, pp. 3877-3884, bibliogr.
- Derot (Maurice). Chaire de clinique médicosociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition. Presse méd., t. 67, n° ½2, 12 septembre 1959, pp. 1571-157½.
- Joplin (G. F.), Fraser (Russell) et Vallance-Owen (J.). Tolbutamine control of diabetes mellitus. Selection of patients and persistence of response. Lancet, nº 7103, 17 octobre 1959, pp. 582-584, 3 fig., bibliogr.
- Guéniot (Maurice). Traitement des accidents cutanés du diabète. Rev. Prat., t. 9, nº 28, 1er novembre 1959, pp. 3021-3023.
- Ferret (Pierre). Tentative de traitement du diabète sucré et de la rétinopathie diabétique par le diénœstrol. Thérap., t. 35, nº 6, juin 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 529-532, bibliogr.
- Gorman (C. K.) et Weaver (J. A.). Long-term results in treatment of diabetes mellitus with the sulphonylurase. *Brit. med. J.*, no 5161, 5 décembre 1959, pp. 1214-1217, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Gordonoff (T.). Über ein neues perorales Antidiabeticum: Sucrida Berna. Pharmakologische und toxikologische Untersuchungen. Schw. med. Wchschr., t. 89, nº 45, 7 novembre 1959, pp. 1180-1183, 4 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Ivanyi (Janos). Zur Frage der Anwendungsform oraler Antidiabetika. Therap. Gegenw., t. 98, nº 12, décembre 1959, pp. 578-579, bibliogr.
- Kolarik (J.) et Mikula (F.). Eine neue therapeutische Anwendung oraler Antidiabetika. Wien. med. Wchschr., t. 409, no 36, 5 septembre 1959, pp. 691-692, bibliogr.
- Duchesnay (G.). Les hypoglycémiants de synthèse (H. G.). Guide Prat., t. 11, nº 5, mai 1959, pp. 507-509.
- Downie (Ewen) et Martin (F. I. R.). Vascular disease in juvenile diabetic patients of long duration. A preliminary report. Diabetes, t. 8, no 5, septembre-octobre 1959, pp. 383-387, 7 tabl., bibliogr.
- Darnaud (Gh.), Denard (Y.), Moreau (G.) et coll. Dangers des régimes hyperlipidiques dans le diabète. Diét. et Nurit., t. 40, n° 2, mai-juin 1959, pp. 5-12.

- Grant (Alan P.) et Boyd (M. W. J.). A clinical study of chlorpropamide in diabetes. Irish J. med. Sc., t. 6, no 417, novembre 1959, pp. 516-525, 5 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Granville-Grossman (K. L.), Grawfurd (S.), Growley (Mary F.) et coll. Further experience with oral therapy in diabetes. Brit. med. J., no 5156, 31 octobre 1959, pp. 841-847, 9 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Daeppen (J. P.), Hofstetter (J. R.), Churchod (B.) et coll. Traitement oral du diabète par un nouvel hypoglycémiant, le P. 607 ou Diabinèse. Résultats de douze mois d'expérimentation clinique. Schw. med. Wchschr., t. 89, n° 31, 1er août 1959, pp. 817-819, 1 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Goto (Yoshio), Ujiie (Yukio), Takanami (Akira) et coll. Changes of blood ATP, inorganic phosphorus and blood sugar after injection of glucuronic acid in diabetics and nondiabetics. Tohoku J. exp. Med., t. 69, n°6 2-3, 25 février 1959, pp. 137-141, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Keen (Harry). Metastasizing carcinoid with diabetes mellitus. Diabetes, t. 8, no 5, septembre-octobre 1959, pp. 392-394, 3 fig., bibliogr.
- Jost (F.). La terapéutica por et snock insulinico. Fol. clin. intern., t. 9, nº 5, mai 1959, pp. 192-196.
- Hofstetter (J. R.). Les antidiabétiques oraux. Praxis, t. 48, nº 26, 25 juin 1959, pp. 608-609.
- Curchod (B.). Régime diabétique. Praxis. t. 48, nº 26, 25 juin 1959, p. 606.
- Dauchy (F.). Le traitement du diabète par voie orale. Conc. méd., t. 81, nº 35, 29 août 1959, pp. 3651-3653, 2 fig., 1 tabl.
- Dihlmann (Wolfgang) et Seim (Rolf). Zur röntgenographischen Charakterisierung von Sulfonamiden und deren antidiabetisch wirksamen Abkönmlingen durch Pulveraufnahmen. Z. inn. Med., t. 14, n° 11, 1° juin 1959, pp. 532-537, 6 fig., 10 tabl., référ.
- Dorche (J.), Beani (L.), Trouyez (G.) et coll. Sulfamide antidiabétique à structure chimique retard. 2) Étude expérimentale. Thérap., 1. 14, nº 5, 1959, pp. 867-875, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Davis (T. W.), Kerr (R. B.) et Bogoch (A.). Experience with glipasol (R. P. 2259): an antidiabetic sulfonamide drug. Canad. med. Ass. J., t. 84, no 2, 15 juillet 1959, pp. 101-107, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.



Traitement (suite).

- Duncan (Garfield G.). Clinical experience with chlorpropamide in the treatment of diabetes. Diabetes, 1. 8, no 5, septembre-octobre 1959, pp. 364-370, 2 fig., 3 tabl., bibliogr., discuss.
- Eckler (Edwin) et Koch (Ilse). Erfahrungen mit Insulin-Zink-Suspensionen beim kindlichen Diabetes mellitus. Bericht über 37 Fälle mit meist mehrjähriger Nachbeobachtung. Münch. med. Wehschr., t. 404, nº 29, 17 juillet 1959, pp. 1219-1223, 1 fig., bibliogr.
- Ehrhart (Gustavo). Química de los antidiabéticos orales. Fol. clin. intern., t. 9, nº 4, avril 1959, pp. 152-155, 4 tabl.
- Esmann (V.), Lundbaek (K.) et Madsen (P. H.). Clinical and laboratory effects of chlorpropamide, a new oral antidiabetic compound. Acta med. scand., t. 164, no 1, 20 mai 1959, pp. 73-79, h fig., 1 tabl., bibliogr.
- Derot (M.) et Le Bouc (R.). Les buts médicaux et sociaux du traitement du diabète. Rev. Prat., 1. 9, nº 28, 1er novembre 1959, pp. 2973-2978.
- Deuil (Roger). Le traitement du diabète par les hypogiyémiants oraux (sulfamides et biguanidines). Rev. Prat., t. 9, nº 28, 1er novembre 1959, pp. 2985-2992.
- Hedberg (Carl A.). Antidiabetic compounds. Industr. Med. and Surg., t. 28, nº 6, juin 1959, pp. 262-263, 3 tabl.

Chirurgie du pancréas.

- Kraft-Kinz (J.). Zur Frage des blutenden Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. Zbl. f. Chir., t. 84, n° 27, ¼ juillet 1959, pp. 1054-1059, ¼ tabl., bibliogr.
- Farizon (F.), Ehrhart (Ch.) et Schlogel (G.). Drainage transpapillaire d'un pseudokyste nécrotique du pancréas. Mém. Acad. Chir., t. 85, nºº 30-31, 2 décembre 1959, pp. 798-800.
- Hasche (Eberhard) et Liess (Günter). Zur Diagnose und Therapie operativer Pankreasgangverletzungen. Bruns Beitr. klin. Chir., t. 199, nº 2, 1959, pp. 237-247, 6 fig., bibliogr.
- Heinzmann (F.). Eine einfache Methode zur konservativen Behandlung postoperativer Magen- und Darmfisteln. Wien. klin. Wehsehr., t. 71, n°a 38-39, 25 septembre 1959, pp. 757-758.

- Kurtz (Martin), Holtzman (Charles M.) et Meilman (Edward). Tolbulamide hypoglycemia in acutely depancrealized dogs. J. clin. Invest., t. 38, nº 6, juin 1959, pp. 903-906, I fig., 2 tabl., bibliogr.
- Doubilet (Henry) et Mulholland (John H.). Surgical treatment of injury to the pancreas. Ann. Surg., t. 450, n° 5, novembre 1959, pp. 854-863, 9 fig., bibliogr.
- Frieden (Julian H.). Surgical therapy of acute and chronic pancreatitis. Med. Clin. N. Am., t. 43, no 4, juillet 1959, pp. 1119-1131, bibliogr.
- Frater (Robert W.), Priestley (James T.), Diessner (Grant R.) et coll. Surgical treatment for pancreatic infarction: report of case. Proceed. Staff Meet. Mayo Clin., t. 34, nº 21, 14 octobre 1959, pp. 489-496, 1 fig., 1 tab., bibliogr.

Pancréatites chroniques. Kystes.

- Forell (M. M.) et Dobovicnik (W.). Ober Möglichkeiten und Grenzen der Erkennung akuter und chronischer Pankreaserkrankungen auf Grund von Diastase-, Lipaseund Trypsinbestimmungen. Klin. Wehschr., 1. 37, no 19, 1er octobre 1959, pp. 1018-1024 g fig., bibliogr.
- Hepp (Jacques), Tourneur (Rodolphe) et Moreaux (Jean). Les lésions anatomiques du paneréas confrontées avec les données de la paneréatographie dans les paneréatites chroniques calcifiantes. Presse méd., t. 67, nº 31, 24 juin 1959, pp. 1275-1278, 12 fig.
- Johnstone (J. M.). Chronic peptic ulceration in heterologic pancreatic tissue. Gastroenterologia, t. 92, non 2-3, 1959, pp. 73-78, 2 fig., bibliogr.
- Holman (Russell), Blanc (William A.) et Andersen (Dorothy). Decreased aortic atherosclerosis in cystic fibrosis of the pancreas. Ped., t. 24, no 7, juillet 1959, pp. 34-39, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Feddersen (Klaus C. F.). Zur Therapie der chronischen Pankreatitis. Medizinische, nº 44, 31 octobre 1959, pp. 2119-2121.
- Ghesrow (Eugene J.), Baker (Hillier L.) Aronson (Jacob M.). Annular pancreas causing obstruction in a 71-year-old woman. Geriatr., t. 44, no 10, octobre 1959, pp. 687-690, bibliogr.
- Hepp (Jacques). Réflexions générales sur les pancréatifes. Rev. Prat., t. 9, n° 20, 11 juillet 1959, pp. 2157-2166.
- Gutiérrez Vasquez (Samuel). Pancreas anular. Rev. Gastroenter. Méx., t. 24, nº 141, maijuin 1959, pp. 172-178, 1 tabl., bibliogr.

COUT AGRÉABLE

COUT AGRÉABLE

Tepas gras dosé

PRÉCISION

EN CHOLECYSTOGRAPHIE

REMBOURSE PAR LA S.S. - AGRÉE A.M.G. - COLLECTIVITÉS

14-

Laboratoires BIODICA-SOUDAN 48, rue d'Alésia, PARIS-XIVO - Tél. GOB 06-88

Pancréatites chroniques. Kystes (suite).

- Gambill (Earl E.) et Ferris (Edward 0.). Chronic relapsing pancreatitis apparently initiated by trauma. Report of a case with eventual development of pancreatic calcification, diabetes mellitus, pancreatic steatorrhea, and duodenal ulcer with hematemesis and melena. Gastroenterology, t. 37, no 4, octobre 1959, pp. 468-471, 1 fig.
- Fischer (Murry 6.) et Geffen (Abraham). Emphysematous necrotizing pancreatitis. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, no 4, octobre 1959, pp. 567-569, 2 fig., bibliogr.
- Demling (L.). Therapie der chronischen Pankreatitis und der exkretorischen Pankreasinsuffizienz. Med. Klin., t. 54, nº 43, 23 octobre 1959, pp. 1962-1963.

Pancréatites aiguës.

- Kluppack (H.). Pankreatitis und Kammerflettern. Z. inn. Med., t. 14, nº 21, 1er novembre 1959, pp. 1009-1012, 4 fig., bibliogr.
- Johnston (David H.) et Cornish (Allen L.). Acute pancreatitis in patients receiving chlorothiazide. J. A. M. A., t. 470, no 17, 23 août 1959, pp. 2054-2056, bibliogr.
- Hinton (J. William), Pfeffer (Robert) et Mixter (George) fr. Acute hemorrhagic pancreatitis: newer concepts in diagnosis and management. West. J. Surg., Obst. and Gyn., t. 67, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 267-269, 1 tabl., bibliogr.
- Bstch (F. W.). Zur Kenntnis der akuten Pankreatitis im Senium. Klin. Med., t. 14, n° 8, août 1959, pp. 328-333, 3 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Cordova (Alberto de), Reboredo (Alfredo) et Falla (Laureano). Pancreatitis aguda urliana grave en un niño. Rev. cubán. Ped., t. 31, nº 4, avril 1959, pp. 173-178, 1 fig., bibliogr.

- Heinzmann (F.). Pancreas anulare bei Polypose des Magens. Klin. Med., t. 14, nº 8, août 1959, pp. 325-328, 1 fig., bibliogr.
- Herfort (Karel F.). The diagnosis and the conservative treatment of acute pancreatic necrosis. J. méd. liban., t. 12, nº 4, août 1959, pp. 362-379, 5 tabl.
- Gibson (Lewis E.) et Haller (J. Alex). Acute pancreatitis associated with congenital cyst of the common bile duct. J. Ped., t. 55, n° 5, novembre 1959, pp. 650-657, I fig., I tabl., bibliogr.: 70 refér.
- Giardiello (A.) et Matturo (F.). Pancrealite acuta emorragica con esito in pseudocisti e tromboslebite della vena splenica. Trattamento chirurgico. Guarigione. Min. chir., t. 14, nº 11, 15 juin 1959, pp. 721-725, 11 fig., bibliogr.
- Demling (L.). Therapie der akuten Pankreatitis. *Med. Klin.*, t. **54**, n° 42, 16 octobre 1959, pp. 1914-1915.

PANCRÉAS

Divers.

- Buchs (S.). Über die Herkunft des Magenkathepsins. Hoppe-Seylers Z. physiol. Chem., t. 316, n° 3-6, 1959, pp. 282-283, référ.
- Butturini (U.), Pretolani (E.), Coccheri (S.) et coll. Azione del glucagone sull'elastasi pancreatica e sulla colesterolemia nell'ateromasia dietetica del pollo. Giorn. Clin. med., t. 40, pp. 281-295, 10 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Krentz (K.). Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der Saugbiopsie der Magenschleimhaul. Arztl. Wchschr., t. 14, nº 43, 20 octobre 1959, pp. 831-835, 3 fig., bibliogr.

INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES * COQUELUCHE STAPHYLOCOCCIES

ROVAMYCINE

(5337 R. P. - SPIRAMYCINE)

L'Antibiotique de sécurité de la pratique courante

Société Parisienne d'Expansion Chimique "SPECIA", Marques RHÔNE-POULENC - 28, Cours Albert 1 - PARIS-8

Affections gastriques :

ly-

the

oût

x). ital 55, ig.,

lite i e ttair., 25,

59,

en-

m.,

tasi eroed., ogr.

ind

cto-

Gastrites Aérophagie

Pyrosis

CARBOPHOS

l à 2 comprimés 3 fois par jour

P. cl. 2

Affections intestinales

Colites fonctionnelles

Entéro-colites

Flatulences

Laboratoire U P S A — AGEN (L.-&-G.)
PARIS (17°) — 37, rue des Acacias

Pancréas. Divers (suite).

- Kahn (Donald R.) et Carlson (A. B.). On the mechanism of experimentally induced ethionine pancreatitis. Ann. Surg., t. 150, no 1, juillet 1959, pp. 42-48, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Hudock (John) et Lawrence (Walter) jr. Gastric control of pancreatic secretion. Surg., t. 46, nº 4, octobre 1959, pp. 682-687, 2 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Hultquist (Gösta T.). Effect of certain sulfhydryl-blocking substances on blood sugar and islets of Langerhans in rak-Acta path. et microb. scand., t. 47, n° 2, 1959, pp. 153-159, 2 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Campagnari (F.) et Greggia (G.) Influenza dell'occlusione dei dotti pancreatici sul contenuto di elastasi dell'organo. Min. med., t. 50, nº 74, 15 septembre 1959, pp. 2899-2905, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gohen (Burton D.), Lubash (Glenn D.) et Rubin (Albert L.). Parathyroid and paucreatic adenomas. Am. J. Med., t. 26, nº 5, mai 1959, pp. 801-807, 4 fig., bibliogr.
- Hochuli (R.). Pylorusstenose bei Morbus Boeck des Magens. Schw. med. Wchschr., t. 89, nº 51, 19 décembre 1959, pp. 1341-1353, 3 fig., bibliogr.
- Dreiling (David A.), Rosenthal (William S.), Kass (Morton) et coll. Relationship between blood amylase and factors affecting carbohydrate metabolism. II. The influence of A. C. T. H., hydrocortisone, liver disease and pancreateclomy. Am. J. dig. Dis., num. spéc., t. 4, n° 9, septembre 1959, pp. 731-736, 4 flg., bibliogr.
- Hofbauer (K.). Zur Diagnose des Pankreasinselzelladenoms. Wien. med. Wchschr., 1. 109, no 37, 12 septembre 1959, pp. 708-710, bibliogr.

- Heinkel (K.) et Breining (H.). Untersuchungen über die Uro-Pepsin- und Uro-Kathepsin-ausscheidung und ihre Beziehung zum histologischen Zustand der Fundusschleimhaut des menschlichen Magens. Ergebnisse fermentchemischer und bioptisch-histologischer Untersuchungen. Gastroenterologia, t. 94, n° 5, 1959, pp. 285-302, 7 tabl., bibliogr.
- Heinkel (Klaus). Untersuchungen über den Wert der Laboratoriumsdiagnostik bei Pankreaserkrankungen. Z. Vitanin-, Hormon- u. Fermentforsch., t. 40, non 3-4, 1959, pp. 161-211, 12 fig., 8 tabl., bibliogr. : 65 référ.
- Hafter (E.). Nahrungsmittelallergien des Magen-Darmfraktes. Ihre Diagnostik und Therapie. Disch. med. Wchschr., 1. 84, nº 24, 12 juin 1959, pp. 1089-1092, bibliogr.
- Hadorn (W.). Magendarmblutungen. Schw. med. Wehschr., t. 89, nº 49, 5 décembre 1959, pp. 1273-1279, 2 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Gjessing (Erland), Emery (Rosemary) et Clements (John P.). A panereatic proesterase. J. biol. Chem., 1, 234, nº 5, mai 1959, pp. 1998-1101, ¼ fig., 2 tabl., bibliogr.
- Fujita (Tsuneo). Histological studies on the neuro-insular complex in the pancreas of some mammals. Z. Zellforsch., i. 50, nº 1, 15 juin 1959, pp. 94-109, 12 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Elfving (G.). Heterotopic pancreatic tissue in the gall bladder wall. *Acta chir. scand.*, t. **118**, n° 1, 25 novembre 1959, pp. 32-36, 2 fig., bibliogr.
- Debray (Ch.), Hardouin (J.-P.), Cerf (M.) et coll. Étude histologique du pancréas au cours de certaines affections abdominales (ulcères gastro-duodénaux, cancers gastriques, gastrectomisés, lithiases biliaires, pancréatites) (A propos de 25 observations). Path. et Biol., t. 7, n° 13-14, juillet 1959 (Sem. Hóp., t. 35), pp. 1437-1448, 8 fig., 6 tabl., bibliogr.

METCIE

LA PRESSE MÉDICALE

" toute la médecine": générale et spécialisée

Lithiase biliaire Maladies de la vésicule

Affections hépatiques

i

G,

es rins). Fole des pays chauds

Hépatisme héréditaire Acétonémie

Affections du tube digustif Maladies de la nutrition Diabète South

Hypercholestěrolémie

Troubles allergiques

VICHY

Saison de mai à octobre

3 ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

les mieux aménagés du monde

CASINOS THÉATRES CONCERTS

tous les sports

Pancréas. Divers (suite).

- Grott (J. W.). Zur Palpation des Pankreas (Vergleich der derzeitigen Untersuchungsmethoden). Med. Klin., t. 54, n° 51, 18 décembre 1959, pp. 2285-2289, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Frank (Adolf). Klinischer Beitrag zur Diagnose des Phytobezoars des Magens. Gastroenterologia, t. 92, nº 3, 1959, pp. 30-41, 5 fig., bibliogr.
- Fabiani (P.) et Lainé (Mile F.). La lipasémie en pathologie pancréatique. Presse méd., t. 67, nº 49, 24 octobre 1959, pp. 1823-1824, 2 tabl.
- Cote (Jacques), Dockerty (Malcolm B.) et Priestley (James T.). An evaluation of pancreatic biopsy with the Vim-Silverman needle. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, nº 4, octobre 1959, pp. 588-596, 7 fig., 2 tabl., hibliogr.
- Daubresse (Étienne), Peeters (Émile-G.) el Daubresse (Jean-Louis). Élude de l'épreuve d'hyperglycémie chez des malades non diabétiques. Un test général de la fonction métabolique intermédiaire. Scalpel, t. 412, nº 48, 28 novembre 1959, pp. 1162-1171, bibliogr. : 133 référ.
- Debray (Ch.), Hardouin (J.-P.), Cerf (M.) et Coll. Les lésions histologiques du pancréas dans diverses affections hépato-biliaires et gastro-duodénales et chez les gastrectomisés. Rev. méd. Moyen-Orient, t. 16, nº 4, juillet-août 1959, pp. 298-306.
- Dreiling (David A.). Physiology of pancreatic secretion. Am. J. dig. Dis., t. 4, nº 8, août 1959, pp. 581-602, bibliogr. : 161 référ.
- Dreiling (David A.), Janowitz (Henry D.), Marshall (David) et coll. Relations entre le laux de l'amylasémie et les facteurs influençant le métabolisme des hydrales de carbone. La régulation de l'amylasémie chez les sujets exempts d'atteintes pancréatiques. Méd. et Hyg., t. 47, nº 461, 30 septembre 1959, p. 441, 1 fig., bibliogr.

Radiologie du grêle.

- Bourdon (R.). Radiologie de l'entérite régionale. Inform. méd., t. 74, nº 4, avril 1959, pp. 765-784, 17 fig. en 12 pl. h. t., bibliogr.
- Brooke (Marion M.), Mason (Richard) et Hardy (Albert V.). A form for recording sigmoidoscopic examinations of dysentery cases. U. S. armed Forces med. J., t. 40, no 10, octobre 1959, pp. 1174-1184, 2 fig., bibliogr.

- Brown (F. 0.). On routine barium examination of the small bowel. Lancet, no 7102, 10 octobre 1959, pp. 530-533, bibliogr.
- Drucker (Victor). Small-intestinal gallstone ileus and use of barium sulfate per os in its diagnosis. Arch. Surg., t. 79, no 1, juillet 1959, pp. 22-30, 7 fig., bibliogr.
- Candardjis (G.). Exploration radiologique de l'intestin grêle (duodénum exclu). Méd. et Hyg., 1. 47, nº 441, 30 septembre 1959, p. 511.
- Garboni (Renato), Mancini (Donatello) et Balbi (Marcello). Studio anatomo-radiologico della valvola ileo-cecale normale. Polici., Sez. chir., t. 66, nº 4, juillet-août 1959, pp. 228-246, 15 fig., bibliogr.
- Chérigié (Edouard) et Bisson (Alain). Examen radiologique des brides et des adhérences au niveau de l'intestin grêle. Vie méd., t. 40, num. spéc., juin 1959, pp. 81-88, 11 fig.

Tumeurs du grêle. Diverticule de Meckel.

- Jewett (Theodore C.) jr. et Butsch (Winfield L.). Meckel's diverticulum : the abdominal masquerader. Surg., t. 46, n° 2, août 1959, pp. 440-443, référ.
- Johns (Thomas N. P.), Wheeler (Jock R.) et Johns (Frank S.). Meckel's diverticulum and Meckel's diverticulum disease. A study of 154 cases. Ann. Surg., t. 450, nº 2, août 1959, pp. 241-256, 20 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Karpukhin (V. T.). Complications of benign small intestinal tumours. Probl. Oncol., t. 4, no 3, 1959, pp. 371-375, 2 fig.
- Kettunen (Kalevi). Sarcoma of the small intestine. Ann. chir. gynæc. fenn., t. 48, n° 3, 1959, pp. 390-399, 3 fig., bibliogr.
- Broders (A. C.) jr., Hightower (N. C.) jr., Hunt (W. H.) et coll. Primary neoplasms of the small bowel. Analysis of one hundred two cases. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, n° 5, novembre 1959, pp. 753-760, 9 fig.
- Jacobs (Walter Harvey). Erythema nodosum in inflammatory diseases of the bowel. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 286-29h, 3 tabl., bibliogr.
- Cara (U.). Rilievi clinici ed anatomo-patologici su di un caso di ileite segmentaria di Crohn, secondaria a vaso mesenterico aberrante. Clinica, t. 19, nº 2, 1959, pp. 101-108, 5 fig., bibliogr.
- Carrier (M.) et Dor (M.-J.). Deux granulomes à éosinophiles de l'intestin grêle. Mars. chir., t. 41, nº 2, mars-avril 1959, pp. 298-300.

Gel de POLYSILANE MIDY

Brûlures gastriques Ballonnements



POSOLOGIE

1 à 2 cuillerées à café après les repas et au moment des douleurs

Tube de 100 g.

P. cl. & Remboursé par la Sécurité Sociale

LABORATOIRES

MIDY .

17 - 1-W - 8 - 17- WIC 51 10

Tumeurs du grêle.

Diverticule de Meckel (suite).

- Gonole (Frank D.). Complications of Meckel's diverticulum encountered in adult life. Am. J. Gastroenterol., t. 32, n° 2, août 1959, pp. 210-215, 2 fig., référ.
- Gueguen (Jean-Yves). Contribution à l'étude des neurinomes de l'intestin grêle. Th. méd. Lyon, 1959, 56 [État], in-4° mult., 83 p. (20 mai 1959).
- Fuchs (G.) et Kammerer (H.). Wann soll man ein Meckelsches Divertikel entfernen? Chirurg, t. 30, no 11, novembre 1959, pp. 494-497, 5 fig., bibliogr.
- Fraser (Ian). A propos de 96 tumeurs du grêle. *Mém. Acad. Chir.*, t. **85**, nos 24-25, 21 octobre 1959, pp. 670-673.
- Dubois (Joan-Paul). Pneumatose kystique intestinale du nourrisson. Th. méd. Paris, 1959, 799 [État]. Paris, R. Vézin, s. d. (1959), in-8° ronéot., 34 p., 1 pl. h. t. (8 juillet 1959).

INTESTIN GRÊLE

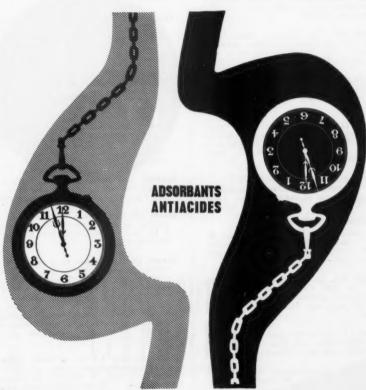
Divers.

- Hukuhara (Takesi), Nakayama (Sosogu), Yamagami (Matuyosi) et coll. On the intestinal extrinsic reflexes elicited from the small intestine. Acta med. Okayama, t. 13, n° 2, juin 1959, pp. 113-121, 4 fig., bibliogr.
- Gentil (Fernando) et Shahbender (Salah). The use of segments of small intestine in surgery. Surg., Gyn. and Obst., t. 409, no 5, novembre 1959, pp. 417-431, 19 fig., bibliogr.
- Jinich (Horacio). Diarrea por hipertiroidismo oculto. Rev. Gastroenterol. Méx., t. 24, nº 140, mars-avril 1959, pp. 93-98, référ.
- Kstsura (Shigehiro), Aoki (Tadao) et Ogihara (Kotso). Erfahrungen über die Langestbehandlung mit kleinen Antibiotikadosen bei Messenepidemien von bazillärer Dysenterie. Münch. med. Wehschr., t. 101, no 31, 31 juillet 1950, pp. 1318-1320, 1 fig., référ.
- Kauvar (A. J.) An additional method for recording intubation studies of the human intestine. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 1, juillet 1959, pp. 76-79, 2 fig., référ.
- Kheifets (L. B.) et Guralevich (G. S.).
 Organizational method in immunization
 against intestinal infections (Notes from

- practice). J. Microbiol., t. 29, nº 11, 1958, pp. 1834-1836 (trad. du russe).
- Chérigié (E.), Deporte (A.), Tavernier (C.) et coll. Le grêle terminal de l'enfant. Étude anatomique, anatomo-pathologique et radiologique. Ann. Radiol., t. 2, 205-6, 1959 (Sen. Hôp., t. 35), pp. R. 319-374, 45 fig., 10 pl. n. et col. dont 5 h. t., 1 tabl., bibliogr.
- Gattan (R.). Les jéjuno-iléites infectieuses subaigués et chroniques de l'adulte. Sem. Hôp., t. 35, n° 91, 4 novembre 1959, pp. 2959-2963.
- Collyns (J. A. H.). The association of nonspecific jejunitis and granulomatous phlebitis in the legs. Gastroenterology, t. 37, 'no 1, juillet 1959, pp. 64-72, h fig., bibliogr.
- Kleckner (Martin S.) jr. Clinical evaluation of a 3-hydroxy-piperidine (Cantil) in the therapy of intestinal disturbances. A double-blind, controlled study. Am. J. Gastroenterol., t. 32, n° 5, novembre 1959, pp. 609-619, 3 tabl., a fig., bibliogr.
- Howald (Hans). Die Pneumatosis cystoides intestinis. Gastroenterologia, t. 92, nos 4-6, 1959, pp. 212-224, 14 fig., bibliogr.
- Greenblatt (Melvin) et Goodman (Harry). Segmental jejunal stenosis of ischemic origin. N. Engl. J. Med., t. 261, nº 15, 8 octobre 1959, pp. 754-756, 4 fig., bibliogr.
- Hillemand (P.). Le traitement des maladies chroniques de l'intestin. Feuill. Prat., nº 20, 1959, pp. 5-40 (Conférence... Grand Amphit. Fac. Méd.).
- Hangos (George). Nonspecific ulcer of the small intestine. Gastroenterology, t. 37, no 3, septembre 1959, pp. 318-320, bibliogr.
- Hennemanne (Guy). A propos de deux cas de dédoublements intestinaux. Ann. Péd., t. 35, nº 97, 24 novembre 1959 (Sem. Hôp.), pp. P. 555-562, 7 fig., bibliogr.
- Frumusan (P.). L'intestin grêle des gastrectomisés. Sem. Hóp., t. 35, nº 91, 4 novembre 1959, pp. 2969-2973, 2 fig.
- Brunelli (B.), Canossi (G. C.) et Luzietti (G.). Considerazioni radiologiche sulla tubercolosi pseudo-tumorale del polmone, del tubo gastro-enterico e dell'encefalo. Min. med., t. 50, n° 50; 23 juin 1959, pp. 2069-2085, 29 fig., bibliogr.
- Gastelar Pinheiro (Geraldo) et Viana da Rocha Castelar Pinheiro (Rosamaria). Síndrome de malabsorção intestinal (primária). Rev. brasil. Med., t. 46, nº 5, mai 1959, pp. 327-334, bibliogr.

gelusil lacté

TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX ET
PRÉVENTION DES CRISES DOULOUREUSES NOCTURNES
Bolle de 10 sachets-dose P. Cl. 5 Remboursé S.S. et Arl. 115



ABITYABN



gelusil

MÉDICATION AMBULATOIRE DES GASTROPATHIES

LABORATOIRES SUBSTANTIA SURESNES ISEINE Boltes de 50 et 100 comprimés P. Cl. 2 et 4 Remboursé G. S. et agréé à l'A. M. G. et aux collectivités. HAAD ORASH

Intestin grêle. Divers (suite).

- Cenni (Louis J.) et Hands (Sebel V.).
 Pneumatosis cystoides intestinalis with
 intussusception. A. M. A. Arch. Surg., t. 79,
 nº 4, octobre 1959, pp. 570-572, 3 fig.,
 bibliogr.
- Henckel (H.). Bild und Bedeutung der intestinalen Kuhmilch-altergie beim Sängling. Mschr. Kinderheilk., 1. 407, no 6, juin 1959, pp. 304-308, bibliogr.
- Filograna (V.), La posizione attuale della tubercolosi intestinale : ritievi anatomoistologici. Arch. Tisiol., l. 14, nº 4, avril 1959, pp. 321-334, 6 fig.
- Gross (Fr.). Urologische Komplikationen bei der Heitis regionalis. Mediz. Klin., t. 54, nº 33, 14 août 1959, pp. 1453-1456, 3 fig., référ.
- Grévisse (J.). Modifications par l'acide éthylène-diamine-téfra-acétique des effets de l'ion plomb sur l'utérus non gravide et le jéjunum isolés du lapin. C. R. Soc. Biol., 1. 153, n° 4, 25 avril 1959, pp. 702-704, référ.
- Grenier (Jacques) et Ruelland (Raymond). Héus paralytique et chlorpromazine. Laval méd., t. 27, nº 5, mai 1959, pp. 600-604, référ.
- Gordon (John E.) et Babbott (Frank L.) jr. Acute infestinal disease in the Arclic, J. publ. Health, 1, 49, nº 11, novembre 1959, pp. 1441-1453, 2 tabl., bibliogr.
- Daniel (E. E.), Carlow (D. R.), Wachter (B. T.) et coll. Electrical activity of the small intestine. Gastroenterology, 1, 37, n° 3, septembre 1959, pp. 268-281, 9 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Frumusan (P.). L'intestin grêle dans l'agastrie fonctionnelle. Sem. Hôp., 1. 35, nº 91, 4 novembre 1959, pp. 2973-2975, 1 fig.
- Ghossain (A.). Corps étranger inhabituel du tube digestif. Rev. méd. Moyen-Orient, 1. 16, nº 1, janvier-février 1959, pp. 71-73.
- Demole (Michel). Les manifestations cliniques des maladies chroniques de l'intestin grêle. Méd. et Hyg., 1, 47, nº 441, 3o septembre 1959, p. 513.

Occlusions intestinales.

Jekler (Jason). Intestinal obstruction caused by impacted gallstones. Surg., t. 46, no 5, novembre 1959, pp. 858-863, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.

- Carter (Richard), Vannix (Robert), Hinshaw (David B.) et coll. Inferior mesenteric vascular occlusion: sigmoidoscopic diagnosis. Surg., t. 46, nº 5, novembre 1959, pp. 845-846, bibliogr.
- Chenoweth (Arthur I.). Intestinal obstruction in the neonatal period due to agenesis of the myenteric plexus. Ann. Surg., t. 149, nº 6, juin 1959, pp. 799-806, 4 fig., bibliogr., discuss.
- Frankel (Leon A.). Mechanical intestinal obstruction and ileus: use of procaine hydrochloride in differential diagnosis and as a therapeutic agent. J. intern. Coll. Surg., t. 32, no 1, juillet 1959, pp. 135-142, bibliogr.
- Finocchietto (Ricardo). Oclusión yeyunoileal por brida, codo, vólvulo, cuerpo extraño. Prensa méd. arg., 1. 45, nº 51, 19 décembre 1958, pp. 3660-3665.
- Hoyer (Andreas) et Solheim (Kaare). The therapy of acute small bowel obstruction. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, no 5, novembre 1959, pp. 555-560, 1 fig., 12 tabl., bibliogr.
- Geppert (Leo J.). Intestinal obstruction due to protein casts. J. Ped., t. 54, n° 6, juin 1959, pp. 813-815, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Clavel (Ch.). L'incision iliaque droite dans l'occlusion intestinale aiguë. Ann. Chir., 1. 43, nºn 15-16, août 1959 (Sem. Hôp., 1, 35), pp. 849-854,
- Devors (P.). A propos de trois cas de volvulus sigmoïdien traités par résection et rétablissement intrapéritonéal immédiat de la continuité colique. Lyon chir., t. 55, nº 5, seplembre 1959, pp. 763-747, discuss.
- Gooling (C. I.). Small-bowel obstruction following antecolic partial gastrectomy. Brit. J. Surg., L. 46, no 200, mai 1959, pp. 656-657, 1 fig., référ.
- Field (Richard J.) sr. et Field (Richard J.) jr. Intestinal obstruction produced by fecalith arising in Meckel's diverticulum. Arch. Surg., t. 79, no 1, juillet 1959, pp. 8-9, 2 fig., bibliogr.
- Finochietto (Ricardo). Laparolomía por síndrome oclusivo agudo. Prensa méd. arg., t. 45, nº 49, 5 décembre 1959, pp. 3827-3831.
- Davies (D. G. L.) et Lewis (R. H.). Food obstruction of the small intestine. A review of 15 cases. *Brit. med. J.*, n° 5151, 26 septembre 1959, pp. 545-548, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Courtois (Bernard). Les origines fœtales des occlusions congénitales du grêle dites par atrésie. J. Chir., t. 78, nº 4, novembre 1959, pp. 405-436, 16 fig.

LE REGÉNÉRATEUR DE L'INTÉGRITÉ INTESTINALE



ingérer 1/2 à 2 ampoules par jour.

Toutes affections gastro-intestinales colibacillose États carentiels des jeunes enfants privés de lait maternel Troubles de l'antibiothérapie

BACILLUS BIFIDUS LYOPHILISÉ génétiquement antibiorésistant

LYO-BIFIDUS

LABORATOIRES ÉTIENNE, 12, RUE DE LA MONTAGNE-SAINTE-GENEVIÈVE, PARIS Y

Occlusions intestinales (suite).

- Hartmann (G.). Ein Beitrag zur Diagnostik und Therapie der Atresien und Stenosen des Dünndarms. Mänch. med. Wchschr., t. 104, nº 41, 9 octobre 1959, pp. 1777-1779, 4 fig., bibliogr.
- Kollbrunner (F.). Dickdarmstenose nach Laminektomie. Gastroenterologia, t. 92, pp. 239-251, 10 fig., bibliogr.

Invagination intestinale.

- Chérigié (E.), Deporte (A.), Tavernier (C.) et coll. Iléites folliculaires et invagination intestinale. Ann. Péd., t. 35, n° 97, 24 novembre 1959 (Sem. Hôp.), pp. P. 535-550, 33 fig.
- Decoulx (P.) et Lemaitre (G.). Strangulation partielle de l'anse sigmoïde. Lille chir., t. 14, nº 3, mai-juin 1959, pp. 155-158, 2 fig.

Fissures, Fistules anales,

- Gabanié (G.). Quelques vérités premières sur les infections fistulisantes de l'anus et les fistules anales. Afr. fr. chir., t. 47, nº 1, janvier-février 1959, pp. 21-25, 2 fig.
- Kark (A. E.), Epstein (A. E.) et Chapman (D. S.). Nonmalignant anorectal strictures. Surg., Gyn. and Obst., 1. 109, no 3, septembre 1959, pp. 333-343, h fig., bibliogr.

Hémorroïdes.

Chapuis (Hermann). A propos d'un nouveau traitement médical des hémorroïdes. Rev. méd. Suisse rom., t. 79, nº 10, octobre 1959, pp. 707-720.

Proctologie. Coprologie.

- Dresen
 (Karl-Albert)
 et
 Kratzer
 (Guy L.)

 Fecal
 impaction
 in
 modern
 practice

 J. A. M. A., t. 470,
 n° 6, 6
 juin 1959,

 pp. 644-647, 3
 fig.
- Greek (Dale W.). The value of routine proctosigmoidoscopy. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 3, septembre 1959, pp. 357-359, bibliogr.
- Furnas (David W.). Improvised infant proctoscope. A. M. A. J. Dis. Childr., t. 97, no 1, juillet 1959, pp. 868-869, 3 fig.
- Hill (John R.). Current practices in general medicine. IX. The relationship of proctology to general medical problems. Proceed. Staff Meet. Mayo Clin., t. 34, no 20, 30 septembre 1959, pp. 467-474, bibliogr.
- Haas (Peter A.). Darmperforation bei

- Proktoskopie. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 30, 25 juillet 1959, pp. 1207-1212, référ.
- Hellwig (C. Alexander) et Barbosa (Edgard). How reliable is biopsy of rectal polyps? A clinical and morphological study of 107 cases. Cancer, t. 12, no 3, mai-juin 1959, pp. 620-626, 9 fig., bibliogr.

Chirurgie du rectum.

- Gole (Jack W.) et Holden (William D.). Postcolectomy regression of adenomatous polyps of the rectum. A. M. A. Arch. Surg., 1. 79, no 3, septembre 1959, pp. 385-392, 8 fig., bibliogr.
- Isserlis (Georges-P.). Sphinctérotomie (Technique, indications et résultats d'étude sur 215 cas). Th. méd. Paris, 1959, 614 [État]. Paris, Talb, 1959, in-8° ronéot., 125 p. (22 juin 1959).
- Keselman (Simon). Cirugía proctológica e intestinal. Acerca de dos cursos intensivos. Prensa méd. arg., t. 45, nº 51, 19 décembre 1958, pp. 3942-3944.
- Eiseman (Ben), Brown (W. H.), Virabutr (S). et coll. Sphincterotomy: an evaluation of its physiologic rationale. Arch. Surg., t. 97, no 2, août 1959, pp. 294-303, 14 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Garstensen (G.) et Becker (F.). Ist die künstliche Blutdrucksenkung bei Operationen am Colon und Rectum angezeigt? Anæst, t. 8, nº 6, juin 1959, pp. 186-190, 1 tabl., bibliogr.
- Finochietto (Ricardo). Cirugía de cáncer rectal. *Prensa méd. arg.*, 1. **45**, nº 48, 18 novembre 1958, pp. 3758-3763, 2 fig.
- Eisenhammer (Stephen). The evaluation of the internal anal sphincterotomy operation with special reference to anal fissure. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, n° 5, novembre 1959, pp. 583-590, 1 fig., bibliogr.

Cancer du rectum.

- Kink (F.). Die Therapie des Rectumcarcinoms durch Rönigenkontakthestrahlung. Gastroenterologia., t. 92, n°s 4-6, 1959, pp. 287-297, 5 tabl., bibliogr.
- Dargent (M.), Papillon (J.) et Willeme (J.). A propos du traitement du cancer du rectum. Place de la radiothérapie et de la chirurgie. Statistique d'ensemble d'un centre anticancéreux. Lyon chir., t. 55, nº 4, juillet 1959, pp. 481-502, 18 tabl., bibliogr.
- Demole (Michel), Rudler (Jean-Claude) et Lenoir (André). Guérison d'un cancer rectal par radiothérapie de contact. Gastroenterologia, t. 92, nºº 4-6, 1959, pp. 302-306, 1 fig., bibliogr.

KAMYCINE

capsules

l'antibiotique de l'intestin

Remboursé S. S. 90 %



Laboratoires BRISTOL

300.4

32, rue de l'Arcade, Paris-8e - Anj. 49-70

RECTUM. ANUS

Divers.

- Huson (Raul Flores). Formación hipertrófica papilomatosa de región anal. Asoc. méd. arg., Soc. arg. Ciruj. Bol. y Trabajos, t. 20, nº 3, 4 mai 1959, pp. 41-52, 8 fig., bibliogr. discuss.
- Dourdou (Francis). Contribution à l'étude de l'atonie du sphincter anal. Th. méd. Paris, 1959, 791 [État], in-4º dact., 56 p. (8 juillet 1950).
- Brummelkamp (W. H.). Een vreemd rectaal toucher. Nederl. T. Geneesk., t. 103, no 27, h juillet 1959, pp. 1389-1391.
- Camba (Djordje). Le lipome du rectum. Méd. Monde, t. 35, nº 1, juillet 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. E. 51-53, 2 fig., référ.
- Jouan (F.). Le traitement des hémorragies digestives et spécialement des rectorragies hémorroïdaires par la vitamine K₁. Thérap., t. 35, n° 7, juillet 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 622-623.

Chirurgie des côlons.

- Jouvo. Des accidents précoces après appendicectomies à froid. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1. 49, nºs 6-7 (séance du 6 juin 1959), pp. 146-188.
- Imparato (Anthony M.), Decompensated small bowel: tube jejunostomy in the surgical treatment of jejunal atresia. Surg., t. 46, n° 2, août 1959, pp. 423-429, 7 fig., bibliogr.
- Küss (René), Tourris (H. de) et Genon (M.). Une technique de colo-cystoplastie. J. Chir., t. 77, nº 4, avril 1959, pp. 423-431, 7 fig., référ.
- Katona (F.), Benyo (I.) et Lang (I.). Über intraluminäre Elektrotherapie von verschieden paralytischen Zuständen des gastrointestinalen Traktes mit Quadrangulärstrom. Zbl. f. Chir., t. 84, n° 24, 13 juin 1959, pp. 929-933, 5 fig., référ.
- Glaubitz (John P.) et McElwain (Jack W.). Functional results following subtotal and total colectomy with a re-establishment of continuity. Surg., t. 46, nº 4, octobre 1959, pp. 656-663, 3 tabl., bibliogr.
- Butler (Donald B.). Compensatory mechanisms following massive small bowel resection for intestinal volvulus. Surg., Gyn. and Obst., t. 109, no 4, octobre 1959, pp. 479-481, bibliogr.
- Bury (Christian). A propos de deux observations de fistule gastro-jéjuno-colique.

- Th. méd. Paris, 1959, 533 [État], in-4° dact., 25 p. (12 juin 1959).
- Fowler (D. I.), Gooke (W. T.), Brooke (B. N.) et coll. Ileostomy and electrolyte excretion. Am. J. dig. Dis., num. spéc., t. 4, n° 9, septembre 1959, pp. 710-720, 4 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Farrell (William J.). Giant choledochal cyst. Report of a case successfully treated by Roux-en-Y choledochocyst-jejunostomy. Ann. Surg., t. 150, nº 2, août 1959, pp. 313-319, 6 fig., bibliogr.
- Garpenter (William S.) et Connelly (Paul J.). Complications of ileostomy. Surg. Clin. N. Am., t. 9, no 6, 1959, pp. 1659-1654, 2 fig.
- Ghristeas (N.) et Georgiades (N.). Sur l'importance anatomo-chirurgicale d'un pli du mésocòlon transverse. Arch. Anat. path., t. 7, nº 2, juillet 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. A. 177-178, 1 fig.
- Cohn (Isidore) jr. Recent developments in colon surgery. Surg., t. 46, no 3, septembre 1959, pp. 638-650, bibliogr.
- Glenn (Frank) et Thorbjarnarson (Bjorn).

 Present status of surgery of the colon and small bowel. N. Y. State J. Med., t. 59, nº 21, 1er novembre 1959, pp. 3988-4000, bibliogr.
- Goffin (R.), Musin (L.) et Garels (G.). Syndrome de l'anse afférente gravissime. Correction par transposition de l'anse efférente (Technique de Henley, Soupault et Bucaille). Acta gastr.-enter. belg., t. 22, nºº 6-7, juinjuillet 1959, pp. 372-378, 5 fig., discuss.
- Finochietto (Ricardo). Cirugía de complicaciones y secuelas colonostómicas. Prensa méd. arg., 1. 45, nº 49, 5 décembre 1959, pp. 3886-3890, 4 fig.
- Courbier (R.) A propos d'une libération spontanée et totale du grèle après opération de Noble. Mars. chir., t. 11, n° 3, mai-juin 1959, pp. 360-362.
- Dearing (William H.). Current status of preparation of the intestine for operation. A critical appraisal. Surg. Clin. N. Am., t. 39, nº 5, octobre 1959, pp. 1223-1242, bibliogr.: 76 référ.
- Delom, Mattei et Hervé. Les plaies coliques en chirurgie de guerre (A propos de 234 observations). J. Chir., t. 78, nº 4. novembre 1959, pp. 355-385, 8 tabl.
- Descour (Guy). Contribution à l'étude du traitement de la polypose recto-colique. Résultat lointain (A propos d'un cas guéri par colectomie totale). Th. méd. Paris, 1959, 932 [État], in-4° multigr., 23 p. (26 novembre 1959).



ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

"Test Thérapeutique"_ Traitements d'attaque et de consolidation

HORS DE FRANCE : AMINOSERYL

P.cl.4

FLAVISERYL-METHIONINE *

RHINISERYL * TROPHISERYL

1d 9,

n-

nliisa

onde ain re-A 39.

de

du ue. aéri iris, * KINESERYL'5"



FLAVISERYLA

ABORATOIRE DE RECHERCHES THERAPEUTIQUES

Chirurgie des côlons (suite).

Dussaut (Alejandro) el Brandi (Pečro). Bilirragia postcolecistectomia. Bol. y Trab. Soc. argent. Ciruj., t. 20, nº 7, 8 juin 1959, pp. 136-144, 3 fig., discuss.

Cancer des côlons.

- Butler (M. F.) el Horsburgh (A. G.). Simullaneous carcinoma of jejunum and colon. Brit. J. Surg., 1, 47, nº 202, 15 octobre 1959, pp. 201-203, 4 fig., bibliogr.
- Isfort (A.). Zur Differentialdiagnose der benignen und malignen Stenosen des Rectosigmoids. Mediz. Klin., t. 54, n° 28, 10 juillet 1959, pp. 1263-1267, 4 fig., bibliogr.
- Johnson (J. W.), Judd (Edward S.) et Dahlin (David C.). Malignant neoplasms of the colon and rectum in young persons. A. M. 4. Arch. Sarg., t. 79, nº 3, septembre 1959, pp. 365-372, 3 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Koneman (Elmer W.), Sawyer (Kenneth C.) et Lubchenco (Alexis E.). Eosinophilic granuloma of the ileum. Arch. Surg., t. 78, nº 6, juin 1959, pp. 923-927, 3 fig., bibliogr.
- Butcher (Harvey R.) jr. et Spjut (Harlan J.). An evaluation of pelvic exenteration for advanced carcinoma of the lower colon. Cancer, t. 42, n° 4., juillet-août 1959, pp. 681-687, 1 fig., 12 tabl., bibliogr.
- Golcock (Bentley P.) et Adamson (Nathaniel E.) jr. Adenocarcinoma of the jejunum and ileum. Surg. Clin. N. Am., t. 39, no 3, juin 1959, pp. 737-744, 4 tabl., bibliogr.
- Eckmann (L.). Über chirurgische Möglichkeiten bei Rezidiv nach operierten Intestinaltumoren. Gastroenterologia, t. 92, nos 4-6, 1959, p. 263, 3 fig.
- Gutman (Robert) et Foraker (Alvan G.). Nuclear mass and allied phenomena in adenocarcinoma of the colon. Am. J. clin. Path., t. 32, n° 5, novembre 1959, pp. 436-441, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Hofstetter (J. R.), Mahaim (Ch.) et Saegesser (F.). Un cas de carcinoïdose (carcinoïde malin de l'intestin grêle avec métaslases). Gastroenterologia, t. 92, nºº 4-6, 1959, pp. 203-206, 2 tabl., discuss.
- Gius (John Armes). Cancer and cacotelic operations. Surg., Gyn. and Obst., t. 108, no 6, juin 1959, pp. 743-744.
- Ginzburg (Leon), Ereund (Seelig) et Dreiling (David A.). Mortality and major complica-

- tions following resection for carcinoma of the large bowel. Ann. Surg., t. **150**, no 5, novembre 1959, pp. 913-927, 5 tabl., référ.
- Ferrante (G.), Negro (G.) et Santangelo (M.). Valore e significato delle modificazioni protidemiche nei portatori di neoplasie maligne del grosso intestino sottoposti ad intervento chirurgico. Min. chir., t. 14, nº 17, 15 septembre 1959, pp. 1037-1052, 7 fig., bibliogr.
- Guche, Jacob et Abbatucci. Traitement radium-chirurgical d'un cancer du côlon droit. Presse méd., t. 67, nº 57, 5 décembre 1959, pp. 2141-2142, 2 fig., bibliogr.
- Dawson (I. M. P.) et Pryse-Davies (J.). The development of carcinoma of the large intestine in ulcerative colitis. Brit. J. Surg., t. 47, n° 202, septembre 1959, pp. 113-128, 17 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Delannoy (E.), Soots (G.) et Héraud (M.). Cancers multiples du côlon. Lyon chir., t. 55, n° 3, mai 1959, pp. 365-388, 5 fig., bibliogr.
- Dunphy (J. Englebert), Patterson (W. Bardford) et Legg (Merle A.). Etiologic factors in polyposis and carcinoma of the colon. Ann. Surg., t. 150, nº 3, septembre 1959, pp. 488-498, 7 fig., bibliogr., discuss.

Polyposes recto-coliques. Diverticules.

- Frankenfeld (Robert H.), Waters (Carlton H.) et Schepeler (Theodore V.). Giant air cyst of the abdomen; an unusual manifestation of diverticulities of the sigmoid. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 103-106, 3 fig., bibliogr.
- Krauss (J.). Divertikel des Zwölffingerdarms und des Dickdarms. Arztl. Wchschr., t. 14, n° 25, 19 juin 1959, pp. 473-478, 1 fig., 3 tabl., hibliogr.
- Gandolfo (E.) et Secondo (G.). La diverticolosi del crasso e sue complicazioni infiammatorie. Aspetti clinico-radiologici e problemi diagnostico-differentiali con il cancro. Min. med., t. 50, nº 48, 16 juin 1959, pp. 1949-1968, 22 flg., bibliogr.
- Casal (Manuel A.). Poliposis intestinal generalizada. Síndrome de Peutz-Jeghers. Sindrome de Gardner. Prensa méd. arg., t. 46, nº 15, 10 avril 1959, pp. 931-934, bibliogr.
- Garter (R. A.). Multiple congenital diverticula of the jejunum. Report of a case. Brit. J. Surg., t. 46, no 200, mai 1959, pp. 596-598, 4 fig., bibliogr.

- Ulcères gastro-duodénaux
- Gastrites et duodénites
- Spasmes du pylore
- Dyspepsie nerveuse

ROTER

Comprimés

ROTER

LABORATOIRES SEPROTHER

5, Bd des Acaclas

TOULON (Var)

Méga-dolicho-côlons.

- Ceccarelli (G.) et Menghetti (L.). Patologia e clinica del megacolon. Min. chir., t. 14, nº 19, 15 octobre 1959, pp. 1204-1205.
- Hillemand (P.). Dolichocólons et mégacólons non compliqués de l'adulte. Interprétation et traitement. Rev. Prat., t. 9, nº 32, 11 décembre 1959, pp. 3669-3488, bibliogr.
- Grob (M.), Genton (N.) et Vontobel (V.). Erfahrungen in der operativen Behandlung des Megacolon congenitum und Vorschlag einer neuen Operationstechnik (Modifikation des Duhamelschen Verfahrens). Zbl. f. Chir., t. 84, n° 44, 31 octobre 1959, pp. 1781-1789, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.

Côlites.

Rectocôlites hémorragiques.

- Kirsner (Joseph B.), Elchlepp (Jane G.), Goldgraber (Moshe B.) et coll. Production of an experimental ulcerative « colitis » in rabbits. A. M. A., Arch. Path., t. 68, nº 4, octobre 1959, pp. 392-408, 10 fig., 9 tabl., bibliogr. : 51 référ.
- Hamilton (Joseph E.), Harbrecht (Phil J.) et Lucas (Marvin A.). Rehabilitation of the ulcerative colitis with special reference to one stage proctocolectomy and matured ileostomy. Ann. Surg., t. 449, n° 6, juin 1959, pp. &22-832, 3 fig., 5 tabl., bibliogr., discuss.
- Graburer (Louis W.). New treatment for ulcerative colitis. Report of a fulminating case. J. A. M. A., t. 171, nº 4, 26 septembre 1959, pp. 402-405, 3 fig., bibliogr.
- Giabbani (V.) et Gandolfo (E.). L'indagine radiologica nella diagnostica della rettocolite ulceroemorragica. Min. med., t. 50, no 36, 5 mai 1959, pp. 1352-1369, 23 fig., bibliogr.
- Garrel (Jean). Les fausses récidives dans la reclocòlite hémorragique. A propos d'une observation. Th. méd. Paris, 1959, 1029 [État]. Paris, R. Foulon, 1959, in-8°, 31 p. (21 décembre 1959).
- Friedman (Emanuel) et Kehoe (Emmett L.). Nonbacterial suppurative arthritis as a complication of ulcerative colitis. Report of two cases. N. Engl. J. Med., t. 261, n° 6, 6 août 1959, pp. 288-290, bibliogr.
- Florent (R.). Entérite régionale et côlite ulcéreuse. J. Méd. et Chir. prat., t. 130, n° 22, 2° num. octobre 1959, pp. 1015-1019.
- Chevreul (P.). Traitement des angiocholites. Méd. libre, t. 33, nº 7, juillet 1959, pp. 31-33.

Fernandez-Herlihy (Luis). The articular manifestations of chronic ulcerative colitis. An analysis of 555 cases. N. Engl. J. Med., 1. 261, nº 6, 6 août 1959, pp. 259-263, 1 fig., 1 tabl., bibliogr.

PARASITOSES

- José (Jabra). Contribuição para o estudo da relação entre megaesôfago et « moléstia de Chagas » (Tripanosomíase americana). O Hosp., t. 56, nº 4, octobre 1959, pp. 665-675, bibliogr.
- Kolochine-Erber (B.). La leptospirose humaine en France d'après les séro-diagnostics par agglutination au cours de vingt années (1933-1952). Path. et Biol., t. 7, nºs 21-22, novembre 1959, pp. 2281-2291, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Kuntz (Robert E.). Intestinal protozoans and helminths in U. S. military and allied personnel, Naval Hospital, Bethesda, Maryland. Am. J. trop. Med., t. 8, no 5, septembre 1959, pp. 561-564, 1 tabl., bibliogr.
- Horsburgh (A. G.). Acute phlegmonous gastritis, in a patient with myelomatosis. Lancet, no 7093, 8 août 1959, p. 89, référ.
- Gapron (A.) et Brygoo (E. R.). Contribution à la connaissance de la bilharziose intestinale à Schistosoma mansoni à Madagascar. Étude du foyer d'Ambositra. I. Enquête malacologique et parasitologique. Bull. Soc. Path. exot., t. 52, nº 4, juillet-août 1959, pp. 503-515, t. fig., 2 tabl., bibliogr.
- Carroll Faust (Ernest) et Read (Thomas R.). Parasitologic surveys in Cali, departamanto del Valle, Colombia. V. Capacity of Entamæba histolytica of human origin of utilize different types of starches in its metabolism. Am. J. trop. Med. and Hyg., t. 8, nº 3, mai 1959, pp. 293-303,, 1 tabl., 2 pl., bibliogr.
- Carter (R. A.) et Shaldon (S.). The liver in schistosomiasis. Lancet, no 7110, 5 décembre 1959, pp. 1003-1008, 7 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Cattan (R.), Debray (Ch.), Hamburger (J.) et coll. Le traitement de l'amibiase inlestinale chronique. Presse méd., t. 67, nº 49, 24 octobre 1959, pp. 1827-1828 (à suivre).
- Civeira (F.). Estudio de un brote epidémico de gastroenterolocólitis aguda por Salmonella typhimurium. Arch. Med. exp., t. 20, nº 2, 1957, pp. 205-216, 1 tabl., bibliogr.
- Cohen (Georges) et Jacob (François). Sur la répression de la synthèse des enzymes intervenant dans la formation du tryptophane chez Escherichia coli. C. R. Acad. Sc., t. 248, nº 24, 15 juin 1959, pp. 3490-3492, bibliogr.

BISMUTITANE TITANE COIRRE

PANSEMENTS GASTRO-INTESTINAUX

2 à 4 cuillerées à café par jour

COIRRE

NOUVEL AGENT HORMONAL ANTI-ULCÉREUX

ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX GASTRITES - DUODÉNITES - HYPERCHLORHYDRIE

Comprimés

6 unités rats

4 comprimés par jour

L'unité rat est la quantité minima de substance suffisant à empêcher la formation d'ulcères dans l'estomac de rais, pesant 200 gr., dont le pylore a été ligaturé.

REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

ANTILONE P. Cl. 16 le 1

P. Cl. 16 le flacon de 20 comprimés

BISMUTITANE

P. Cl. 5 la botte de 105 grammes

TITANE

P. Cl. 2 la botte de 105 grammes

COIRRE

5, Boulevard du Montparnasse - PARIS (6°)

Parasitoses (suite).

- Hedegaard (Jens), Maspero-Segre (Silvia), Nguyen-Van Thoai et coll. Influence de l'histidine et de ses métabolites sur la biosynthèse des purines par Escherichia coli B. V. Mode d'action dans les cultures inhibées par l'azasérine. C. R. Soc. Biol., t. 153, nº 6, octobre 1959, pp. 954-959, 1 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Hedegaard (Jens), Nguyen-Van Thoai et Roche (Jean). The influence of histidine on the biosynthesis of purines in Escherichia coli. Arch. Bioch. and Bioph., t. 83, n° 1, juillet 1959, pp. 183-194, 2 fig., 5 tabl., bibliogr.
- Haro y Paz (Guillermo). Amebic dysentery in Mexico. Am. J. Gastroenterol., t. 32, nº 1, juillet 1959, pp. 71-75.
- Hilke (H.). Die sog. Hernien der Bursa omentalis mit normaler Eintrittspforte. Zbl. f. Chir., t. 84, n° 22, 30 mai 1959. pp. 864-868, bibliogr.
- Djahansouzi (Mohammed-H.). L'intérêt de la splénoportographie dans la bilharziose hépato-splénique. Mém. Assist. étr., 1959, Paris, vol. 169, n° 36, in-4° dact., 39 p., 7 fig. (18 juin 1959).
- Havlik (J.), Kott (B.) et Potuznik (V.). The indirect hæmagglutination test in dysentery caused by Shigella sonnei and Shigella flexneri. J. clin. Path., t. 12, no 5, septembre 1959, pp. 440-443, 6 tabl., bibliogr.
- Hamilton (P. K.), Hutchinson (H. S.), Jamison (P. W.) et coll. The pathology and pathogenesis of the hepatosplenic disease associated with schistosomiasis (« Egyptian splenomegaly »). Am. J. clin. Path., t. 32. no 1, juillet 1959, pp. 18-33, 17 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Goldstein (Avram), Goldstein (Dora B.), Brown (Beverly J.) et coll. Amino acid starvation in an Escherichia coli auxotroph. I. Effect on protein and nucleic acid synthesis and on cell division. Bioch. et biophys. Acta, t. 36, n° 1, novembre 1959. pp. 163-172, 3 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gautier (Jean). Quelques notions récentes concernant l'isolement des entérobactéries. Path. et Biol., t. 7, nos 19-20, octobre 1959, pp. 2145-2148.
- Garcia-Palmieri (Marco R.) et Marcial-Rojas (Raul A.). Portal hypertension due to Schistosomiasis mansoni. Am. J. Med., t. 27, nº 5, novembre 1959, pp. 811-816, 8 fig., bibliogr.
- Fleury (J.) et Évreux (P.). Polymyxine el gastroentérites infantiles à Escherichia coli

- (). 111 B. 4. Traitement curatif. Traitement précoce. Traitement préventif. Nourriss., 1. 47, n° 2, mars-avril 1959, pp. 41-58, 2 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Fleury (Jean) et Évreux (Robert). Polymyxine et gastro-entérites infantiles à Escherichia coli O. 111 B. 4: Diagnostic précoce. Traitement préventif. Presse méd., t. 67, n° 29, 13 juin 1959, pp. 1189-1190.
- Gallart-Esquerdo (A.). Parasitosis intestinales. Med. clín. A. 17, t. 32, nº 3, mars 1959, pp. 207-214.
- Freedman (L.) et Elsdon-Dew (R.). Size as a criterion of species in the human intestinal amebæ. Am. J. trop. Med. and Hyg., t. 8, nº 5, mai 1959, pp. 327-330, 6 fig., 2 tabl., référ.
- Fredell (C. Herbert). Gastric trichobezoar, Arch. Surg., t. 78, nº 6, juin 1959, pp. 946-948, 3 fig., référ.
- Foll (C. V.) et Game (B. P.). Treatment of ameebiasis in Upper Burma. J. trop. Med. and Hyg., t. 62, n° 7, juillet 1959, pp. 173-176, 1 tabl., référ.
- Fleischhauer (Günter). Über einen Toxinnachweis bei Colibakterien mit Hilfe einer Präzipitinreaktion. Zbl. Bakter., Parasitenk., t. 475, nos 5-6, juillet 1959, pp. 388-394, 7 fig., référ.
- Dixon (J. M. S.). Observations on the growth in nutrient broth of mixtures of Escherichia coli strains and of fæcal specimens harbouring pathogenic Escherichia coli serotypes. J. Hyg., t. 57, n° 2, juin 1959, pp. 174-183, 6 fig., référ.
- Druez (G.). A propos d'un cas de leptospirose ictéro-hémorragique. Acta clin. belg., t. 44, nº 1, janvier-février 1959, pp. 71-80, 1 fig., bibliogr.
- Félix (H.), Mion (Ch.), Labrousse (Cl.) et coll. Amibiase mortelle. Rôle associé d'un staphylocoque. Sem. Hôp., t. 35, n° 91, 4 novembre 1959, pp. 2981-2984.
- Farbel (Bernard). Serous choroiditis associated with amebiasis. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no 5, novembre 1959, pp. 620-623, bibliogr.
- Falisevac (J.), Kosutic (Z.) et Galinovic-Weisglass (M.). Sulphonamides and streptomycin in bacillary dysentery. Brit. med. J., nº 5139, 4 juillet 1959, pp. 12-13, 1 tabl.
- Faine (S.). Virulence in leptospiræ. III. Comparison of sensitivities of virulent and avirulent Leptospira icterohæmorrhagiæ to cultural conditions. J. Bacter., t. 77, nº 5, mai 1959, pp. 599-603, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.

Adrian

S/N.BISMUTH EXTRA-LÉGER ADRIAN

CARBONATE BISMUTH ADRIAN 100%

SILISMUTH

Bismuth

- I) S N BISMUTH extra-léger ADRIAN Sachets de 5 g Boite de 20 sachets Rembours S.S., A.M.G. Art. 115, Collectivités de 60 sachets
 - CARBONATE BISMUTH 100 " . Sachets de 5 g Grai
- 3) SILISMUTH

- Sachets de 10 g Boile de 10 s Grand Modè



Parasitoses (suite).

- Escotto (Jorge). Tratamiento de la amibiasis. Rev. Gastroenter. Méx., t. 24, nº 140, mars-avril 1959, pp. 71-81, bibliogr.
- Croft (Charles C.). A comparative study of media for detection of enterococci in water. Am. J. publ. Health, t. 49, no 10, octobre 1958, pp. 1379-1387, 4 tabl., bibliogr.
- Ensrud (E. Richard), Wollaeger (Eric E.), Riely (Joseph M.) et coll. Pathogenesis of anemia in a case of nontropical spruc. Study made using radioactively labeled vitamin B₁₂ and radiochromium. Gastroenterology, t. 36, no 6, juin 1959, pp. 812-815, 2 fig., bibliogr.
- Csaffidi (V.) et Astuto (R.). Treatment of amoebic hepatitis with emetine and chloroquine. Panmin. med., t. 1, no 5, septembre 1959, p. 162.
- Derom (E.), Regniers (P.), Marlier (R.) et coll. Distomatose hépatique humaine par Fasciola hepatica. Observations d'un nouveau cas, guéri par émétine et cholédocotomie. Bull. Acad. roy. Méd. Belg., S. 6, 1. 24, nº 8, 1959, pp. 683-703, 4 fig., 2 tabl., tibliogr.
- Denie (J. J. P. A.). Letale colitis door Pseudomonas aeruginosa (Bacillus pyocyaneus), na antibiotische behandeling van een patiënt met sepsis door Streptococcus viridans. Nederl. Tijds. Geneesk., t. 103, n° 45, 7 novembre 1959, pp. 2263-2266, 4 fig., bibliogr.
- Docimo (R.). Cisti da echinococco del fegato (Considerazioni su 30 casi). Fegato, t. 5, nº 3, septembre 1959, pp. 312-337, 7 fig., tabl., bibliogr.
- Donckaster (Raul), Donoso (Fernando), Martines (Perla) et coll. Ensayo terapéutico de la amibiasis intestinal cronica con Pontalin (WIN. 5047). Bol. chil. Parasitol., t. 44, nº 1, janvier-mars 1959, pp. 2-4, 1 tabl., bibliogr.
- Dotti (F.) et Sabbioni (G.). Il quadro islomorfologico del fegato nelle leptospirosi benigne. Studio bioptico con particolare riguardo alle forme anitteriche. Arch. Pat. Clin. med., t. 36, nº 2, 1959, pp. 81-101, 13 fig., 2 tabl. dont 1 dépl., bibliogr.
- Eisenberg (George M.), Spivack (Alfred P.), Weiss (William) et coll. Diarrhea caused by Escherichia coli serotype O. 127; B. 8; microbiologic and clinical aspects. Gastroenterology, t. 37, no 1, juillet 1959, pp. 45-52, 6 tabl., bibliogr.
- Drakulic (M.). Ribonucleic acid metabolism in U.-V.-irradiated Escherichia coli B. Bioch.

- et biophys. Acta, t. 36, no 1, novembre 1959, pp. 172-176, 1 fig., bibliogr.
- Edwards (D. A. W.) et Rowlands (E. N.). Physiological observations in achalasia and their significance in methods of treatment. Gastroenterologia, t. 92, nos 17-18, 1959, pp. 114-123, 4 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Eisert (Jack), Hannibal (John E.) jr. et Sanders (Saul L.). Fatal amebiasis complicating corticosteroid management of pemphigus vulgaris. N. Engl. J. Med., t. 261, no 17, 22 octobre 1959, pp. 843-845, 2 fig., bibliogr.
- Eggleston (L. V.) et Krebs (H. A.). Permeability of Escherichia coli to ribose and ribose nucleotides. Bioch. J., t. 73, n° 2, octobre 1959, pp. 264-270, 1 fig., 5 tabl., discuss., bibliogr.
- Eggers (Harry). Extraintestinal amebiasis involving the macula. N. Y. State J. Med., t. 59, no 23, 1er décembre 1959, pp. 4435-435, référ.

Constipation. Diarrhée.

- Chenard (Jacques) et Garneau (Robert). L'entérocolite pseudo-membraneuse. Laval méd., t. 27, nº 5, mai 1959, pp. 605-624, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gariage (J.-L.). Les gastro-entéropathies aiguës de l'enfance. Leur prophylaxie (évolution des idées). Médecine, t. 40, n° 6, juin 1959, pp. 7-19.
- Chenderovitch (J.). Conceptions thérapeutiques modernes sur les stéatorrhées idiopathiques. Thérap., t. 35, nº 7, juillet 1959 (Sem. Hôp.), pp. Th. 629-637, bibliogr.: 68 référ.
- Goulon (M.), Mercier (J.-N.), Reilly (J.) et coll. Carcinoma langerhansien responsable de diarrhée chronique, d'hypokaliémie sévère avec paralysies et d'hypoglycémie. Hypokaliémie par transfert et par déplétion. Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris, t. 75, nº 16-17, 22 mai 1959, pp. 578-590, 5 fig., bibliogr.
- Cattan (R.) et Slama (R.). Les conséquences physic-pathologiques de la diarrhée. Sem. Hôp., t. 35, n° 91, 4 novembre 1959, pp. 2978-2981.
- Buchberger (Robert). Enteritis regionalis und Crohnsche Erkrankung. Bruns Beitr. klin. Chir., t. 199, n° 2, 1959, pp. 220-236, bibliogr.
- Koburg (Ernst). Zur Differentialdiagnose der pseudomembranösen und ulcerierenden Enteritis bei Frühgeburten. Frankf. Z. Path., t. 70, nº 1, 18 septembre 1959, pp. 59-67, 2 fig., bibliogr.

NOVISMUTH



ET INTESTINAL



Remboursé par la S. S. A. M. G. et collectivités

10 » : 24,00 NF

Boite de 5 sachets de 10 gr. : 4,68 NF » 10 » 10 » : 9,17 NF

EP

LABORATOIRES POINTET & GIRARD . 30, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

Constipation, Diarrhée (suite).

- Kean (B. H.) et Waters (Somerset R.). The diarrhea of travelers. III. Drug prophylaxis in Mexico. N. Engl. J. Med., t. 261, nº 2, 9 juillet 1959, pp. 71-74, 5 tabl., référ.
- Gastellanos (A.), Martinez Cruz (J. A.), Martinez Cruz (R.) et coll. Nuevos estudios sobre la infección bacteriana de los ganglios linfálicos abdominales y torácicos en la diarrea aguda infantil. Rev. cubán. Ped., t. 31, nº 2, février 1959, pp. 61-78, 5 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Chenderovitch (J.). Les stéatorrhées idiopathiques, Nosologie et traitement. Sem. Hôp., 1. 35, n° 91, ¼ novembre 1959, pp. 2964-2969, ¼ fig.
- Ciria (M. Dalmau). La enteropatía exudativa. Med. clín., A. 47, t. 32, nº 3, mars 1959, pp. 202-207, 3 tabl., référ.
- Guida (V. 0.) et Guida (H. A.). Tratamento pelo B. cerets e B. coagulans, de anemias hipocrômicas ferroprivas, em pacientes portadores de enterocolites. Rev. bras. Gastroenter., l. 11, nº 1, janvier-février 1959, pp. 17-22, bibliogr.
- Hardouin (J.-P.) et Aubrion (J.). Étude expérimentale et clinique d'un nouvel agent thérapeutique de la constipation : le polymère de poly-éthylène et de poly-oxy-propylène. Presse méd., t. 67, n° 41, 5 septembre 1959, pp. 1548-1550, 3 fig., bibliogr.
- Giraud (P.), Coignet (J.) et Blumen (G.). Une expérience de prévention des diarrhées saisonnières en pouponnière, Péd., t. 44, nº 7, 1959, pp. 777-778.
- Cutolo (Louis C.), Kleppel (Noel H.), Freund (Robert) et coll. Fecal feedings as a therapy in slaphylococcus enterocolitis. N. Y. State J. Med., t. 59, nº 20, 15 octobre 1959, pp. 3831-3833, bibliogr.

COLONS

Divers. Radiologie.

- Hulst (L. A.). Glutenvrij dieet bij nietcœliakiepatiënten. Nedert. Tijds. Geneesk., 1. 403, nº 27, 4 juillet 1959, pp. 1369-1371.
- Jaffé (Rudolf) et Gavallér (Bola V.). Experimentelle allergische Appendicitis (A. cosinophilica) und experimentelle allergische Colitis. Frankf. Z. Path., t. 69, n° 6, 15 mai 1959, pp. 679-684, référ.
- Jakob (J.) et Horntrich (J.). Polyposis intestini (Peutz-Jeghers-Syndrom). Zbl.

- f. Chir., t. 84, nº 25, 20 juin 1959, pp. 966-971, 4 fig., bibliogr.
- Kaplan (I. W.) et Meier (Ralph). Submucous lipoma of the colon. Am. J. Gastroenterol., 1. 31, nº 6, juin 1959, pp. 673-685, 5 fig., bibliogr., discuss.
- Calvet (J.-P.). Une singulière complication de l'appendicite aiguë : l'atteinte du nerf crural. Presse méd., t. 67, nº 29, 13 juin 1959, p. 1199, bibliogr.
- Calvet (J.-P.). As falsas apendicectomias. O Méd., t. 10, nº 415, 13 août 1959, p. 302.
- Campbell (Joe) et McCormick (William F.). Intussusception of the vermiform appendix presenting clinically as a cecal carcinoma. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, no 5, novembre 1959, pp. 835-826, 3 fig., référ.
- Coldrey (Eric). Five years of conservative treatment of acute appendicitis. *J. intern. Coll. Surg.*, t. **32**, no 3, septembre 1959, pp. 255-261.
- **Candy (J.).** Appendiceal calculi. *Brit. J. Surg.*, 1. 47, no 202, 15 octobre 1959, pp. 192-195, 3 fig., bibliogr.
- Halley (M. Martin). Intracecal pressure studies in the dog. Surg., f. 46, nº 2, août 1959, pp. 343-349, 5 fig., bibliogr.
- Högler (F.). Über unbefriedigende Ergebnisse der operativen Behandlung der chronischer Appendizitis. Wien. klin. Wehschr., t. 74. nº 26, 26 juin 1959, pp. 456-461, 4 fig., référ.
- Cottier (H.), Golay (L.) et Mangold (R.). Pathogenese und Klinik der Pneumatosis cystoides des Dickdarms. Gastroenterologia, t. 92, nos 4-6, 1959, pp. 224-232, 10 fig., bibliogr., discuss.
- Dau (Chr.). Doppelung des Dünn- und Dickdarms. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 40, 3 octobre 1959, pp. 1621-1626, 3 fig., bibliogr.
- Genton (N.) et Pometta (D.). A propos d'un cas de côlon aganglionnaire : maladie de Hirschsprung sans mégacôlon. Helv. pæd. Acta, t. 14, nº 4, octobre 1959, pp. 383-395, 11 fig., bibliogr.
- Halle (Shea). Certain relationships of the irritable colon. Am. J. Gastroenterol., 1. 32. nº 3, septembre 1959, pp. 328-338, bibliogr., discuss.
- Chome (J.). Contribution à l'étude des stades de début de l'appendicite chez l'enfant. Arch. Anat. path., 1. 7, nº 3, septembre 1959 (Sem. Hôp., t. 35), pp. A. 263-265.

SECRETINE SINBIO

hormone régulatrice des sécrétions du carrefour duodénal

AMPOULES BOITE DE

SUPPOSITOIRES

HORMONE LIPOCATQUE SINBIO

Réglemente le métabolisme des lipides

DRAGÉES DOSÉES A 0,10

Échantillons et littérature sur simple demande adressée à :

SINBIO

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE BIOLOGIE 7, AVENUE DES SOURCES - NICE Côlons. Divers. Radiologie (suite).

- Hammer (John M.), Seay (Patrick H.), Johnston (Richard L.) et coll. The effect of antiperistaltic bowel segments on intestinal emptying time. A. M. A. Arch. Surg., t. 79, nº h. octobre 1959, pp. 537-541, 3 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Hoffert (Paul W.), Zuber (Sidney), Salzman (Albert) et coll. Aganglionosis of the entire colon. Surg., t. 46, nº 4, octobre 1959, pp. 810-818, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Goldgraber (Moshe B.) et Kirsner (Joseph B.). The Shwartzman phenomenon in the colon of rabbits. A serial histological study. A. M. A. Arch. Path., t. 68, n° 5, novembre 1959, pp. 539-552, 17 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Gremmel (H.) et Thum (H. J.). Dünndarmperforationen. Zbl. f. Chir., t. 84, n° 30, 25 juillet 1959, pp. 1185-1198, 3 tabl., bibliogr.
- Hamm (J.). Röntgenologische Beobachtungen bei einer Gallenblasen-Dickdarmfistel. Med. Klin., t. 54, n° ½2, 16 octobre 1959, pp. 1912-1913, bibliogr.
- Giordanengo (G.). Ancora sull'appendicite cronica. Min. med., 1. 50, nº 72, 8 septembre 1959, pp. 2826-2829.
- Frye (Thomas R.). Villous adenoma of the sigmoid colon. Radiol., t. 73, no 1, juillet 1959, pp. 71-75, 4 fig., bibliogr.
- Herrmann (L.). Dickdarmperforationen bei Rektoskopie und Suda-Bad, Zbl. f. Chir., t. 84, no 30, 25 juillet 1959, pp. 1198-1205, f fig., référ.
- Evans (R. Winston) et Murphy (A. Furber). Pseudomyxoma peritonei associated with an appendix obstructed by an argentaffinoma (carcinoid) in a male. Brit. J. Surg., t. 47, n° 202, 15 octobre 1959, pp. 166-172, 8 fig., bibliogr.

PÉRITOINE

Pathologie.

- Hyden (William H.) et McClellan (James F.). Glove powder granuloma in peritoneal cavity. J. A. M. A., t. 470, no 9, 27 juillet 1959, pp. 1048-1050, 3 fig., référ.
- Kadivar (Rouhollah). Hémolymphangiome polykystique du grand épiploon. Th. méd. Paris, 1959, 600 [Univ.]. Paris, TAIR, 1959, in-80 ronéot., 14 p. (22 mai 1959).

- Klein (Fr.) et Micek (Fr.). Ungewöhnliche Peritonitisursache. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 32, 8 août 1959, pp. 1279-1282, 3 fig., bibliogr.
- Koch (Nils G.). Tuberkuloidea granulom i ventrikeln. Nord. Med., t. 62, n° 28, g juillet 1959, pp. 1036-1039, 6 fig., 1 tabl., bibliogr., rés. angl.
- Ganonico (Abel N.). Abdominoperineal resection with ligation of the hypogastric arteries. J. intern. Coll. Surg., t. 32, nº 1, juillet 1959, pp. 14-16, bibliogr.
- Gapper (W. M.). The surgery of peritoneal adhesions. Gastroenterologia, t. 92, nos 17-18, 1959, pp. 173-178, 1 fig., discuss.
- Colonna (Sigilfredo). Le peritoniti biliari senza perforazione. Rif. med., t. 73, nº 18, 2 mai 1959, pp. 497-500.
- Cordebar (Jean). Le péritoine du Nord-Africain. Vie méd., t. 40, n° 6, juin 1959, pp. 541-548, 4 fig.
- Hartl (H.). Die Verminderung der Permeabilität des kindlichen Peritoneums. Zbl. f. Chir., t. 84, nº 43, 24 octobre 1959, pp. 1761-1767, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Hardy (James) et Keil (Philip G.). Peritoneal mesothelioma. Am. J. dig. Dis., num. spéc., t. 4, n° 9, septembre 1959, pp. 737-748, 3 fig., bibliogr.
- Fabre et Bourdet. Kyste géant du mésentère. Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, t. 49, nº 4. 20 mars-17 avril 1959, pp. 80-82, 1 fig.
- Davy (André). Les torsions du grand épiploon. *Conc. méd.*, t. **81**, n° 27, 4 juillet 1959, pp. 3181-3188, 2 tabl.
- Doleschel (W.), Reinhardt (F.) et Auerswald (W.). Flotationsanalytische Untersuchungen am Stauungstranssudaten zur Frage der Permeation von Lipoproteinen in das Pleurabew. Peritonealflüssigkeitskompartment. Wien. Z. inn. Med., t. 40, nº 4, april 1959, pp. 130-134, 2 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Dubois (Jean-Marie). Au sujet de trois cas d'infarctus primitifs du grand épiploon. Th. méd. Paris, 1959, 828 [État]. Paris, impr. R. Foulon, 1959, in-8°, 70 p., 4 fig. (9 juillet 1959).
- Duron (René-P.-A.). La lymphadénite mésentérique aiguë chez l'enfant. Rôle de Pasteurella pseudotuberculosis. Th. méd. Paris, 1959, 515 [Etat]. Paris, TAIB, 1959, in-8°, 55 p. (10 juin 1959).
- Doolan (P. D.), Murphy (W. P.) jr., Wiggins (R. A.) et coll. An evaluation of intermittent peritoneal lavage. Am. J. Med., 1. 26, n° 6, juin 1959, pp. 831-844, 1 fig., 5 tabl., bibliogr. : 71 référ.

2 suppositoires par jour



P. cl. 3 et 2

SUPPOSITOIRES - POMMADE

CHRONICYSTINE

"MANOR"

P. cl. 1

FOIE ET VÉSICULE

4 dragées le matin à jeun

CHOLAGOGUE M É D I C A L

HÉPATOSTIMULINE

"MANOR"

P. cl. I

DÉSINFECTION VÉSICULAIRE

4 dragées par jour

DÉSENSIBILISANT CHOLÉRÉTIQUE

·CHLORIDIA ·

DANNEC 'H

P. cl. I

VÉRITABLE SUC GASTRIQUE DE SYNTHÈSE

1 à 3 cuillerées à dessert par jour

REMBOURSÉS PAR LA S. S.

LAB. ÉTIENNE, PARIS-Ye, 12, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève - ODÉ 54-37

DIABÈTE

Divers.

- Jackson (James G. L.). Les diabétiques et le problème de l'emploi. J. Diabét., 1. 12, nº 47, juillet 1959, pp. 21-25.
- Janes (Ralph G.), Alert (Hal A.) et Paul (Norman D.). Influence of glucose and tolbulamide in the fasted animal. Diabetes, t. 8, n° 6, novembre-décembre 1959, pp. 466-471, 4 fig., bibliogr.
- Jacono (G.), Brancaccio (A.), Alessandro (B. d') et coll. Sul trattamento orale del diabete mellito con il 1-cicloesil-2-p-tolil-sulfanilurea (K 386 o diaboral). III. Alcuni aspetti endocrini e metabolici. Min. med., t. 50, nº 46, 9 juin 1959, pp. 1850-1852, bibliogr.
- Kalk (H.). Cher die Fettleber des Menschen mit besonderer Berücksichtigung des Diabetes. Schw. med. Wchschr., t. 89, nº 43, 24 octobre 1959, pp. 1117-1121, bibliogr.
- Keiding (Nils Rud). Protein-bound carbohydrates and proteins of serum from diabetic patients and the relation to the late diabetic manifestations. Rep. Steno Memor. Hosp. and Nord. Insulinlabor., t. 7, 1958, pp. 11-81, 3 tabl., bibliogr.: 182 refér.
- Kinsell (Laurance W.), Walker (Geoffrey), Michaels (George D.) et coll. Dietary fals and the diabetic patient. N. Engl. J. Med., t. 261, no 9, 27 août 1959, pp. 431-434, 4 fig., t tabl., bibliogr.
- Kalk (H.). Über die Beziehungen zwischen Fettleber und Diabetes. Disch. nied. Wehschr., 1. 84, 16 octobre 1959, pp. 1898-1901, 4 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Kelly (Patrick J.). Current practices in general medicine. X. Management of complications seen in the lower extremities of diabetic patients. Proceed. Staff Meet. Mayo Clin., 1. 34, no 22, 28 octobre 1959, pp. 511-518, 4 fig., bibliogr.
- Kinsell (L. W.), Michaels (G. D.), Walker (G.) et coll. Dietary linoleic acid and linoleate. Effects in diabetic and nondiabetic subjects with and without vascular disease. Diabetes, 1. 8, no 3, mai-juin 1959, pp. 179-188, 6 fig., 4 tabl., bibliogr., append.
- Kozdon (Alfred). Intérêt de la thermométrie cutanée dans la micro-angiopathie diabétique des membres inférieurs. Mém. Assist. étr., 1959, Paris, vol. 169, nº 37, in-4º dact., 49 p., 5 fig. (18 juin 1959).
- Königstein (R. P.). Operative Eingriffe bei Diabetikern. Wien. med. Wchschr., t. 109,

- nº 22, 30 mai 1959, pp. 456-461, 1 tabl., bibliogr.
- Buse (Maria Gordon), Buse (John) et Porter (Eleanor). Glucose uptake and response to insulin fo the isolated rat diaphragm. The effect of denervation. Diabetes, t. 8, no 3, mai-juin 1959, pp. 218-225, 1 fig., 7 tabl., bibliogr.
- Krahl (M. E.), Tidball (M. E.) et Bregman (E.). Preparation and anti-insulin activity of lipoprotein fractions from rat serum. Proceed. Soc. exp. Biol. and Med., t. 401, no 1, mai 1959, pp. 1-6, 1 fig., 2 tabl., bibliogr.
- Kronfeld (Peter). Spontaneous hypoglycemia.
 N. Y. State J. Med., t. 59, no 11, 1er juin 1959, pp. 2190-2205, bibliogr. : 191 référ.
- Carrara (G.) et Bernini (G.). Sulfamide antidiabétique à structure chimique retard. 1) Étude chimique. Thérap., t. 14, nº 5, 1959, pp. 864-866, bibliogr.
- Gagianelli (Mario Augusto). Effetti di un eparinoide sul quadro lipidoplasmatico del diabete mellito. *Clin. terap.*, t. **16**, nº 6, juin 1959, pp. 577-582, bibliogr.
- Canivet (Jean). Dépistage et traitement préventif des affections vasculaires au cours du diabète. Rev. Prat., t. 9, nº 28, 1° novembre 1959, pp. 3003-3008.
- Gadet (Pierre-E.-E.). Le comportement de la thyroïde chez le diabétique. Th. méd. Paris, 1959, 761 [État]. Paris, τλιΒ, in-8° ronéot., 6 p. (6 juillet 1959).
- Bruinsma (A. H.) et Waard (F. de). Œstregenic activity at menopausal age in women with diabetes mellitus (a diabete gras n). Acta endocrinol. t. 32, no 2, octobre 1959, pp. 233-242, 3 fig., 6 tabl., bibliogr.
- Butterfield (W. J. H.) et Schless (Guy). Observations on the peripheral metabolism of nonesterified fatty acids. Diabetes, t. 8. nº 6, novembre-décembre 1959, pp. 450-454, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Chimènés (H.). Accidents < incidents de la sulfamidothérapie antidiabétique. J. Diabét., t. 12, nº 46, avril 1959, pp. 29-30.
- Gerletti (Paolo) et Gregolin (Garlo). The effect of sulfonylureas on the respiratory quotient in diabetic and normal animals. Clin. chim. Acta, t. 4, no 4, juillet 1959, pp. 579-583, 2 tabl., référ.
- Castiglioni (Carlos A.), Rocca (Francisco R.) et Garbino (Carlos). Proteinas y lipoproteinas en la diabetes. Arch. urug. Med., Cir. y Espec., t. 51, nº 5, septembre-octobre 1958, pp. 355-368, 8 fig., bibliogr.

TRAITEMENT SCLÉROSANT DES HÉMORROÏDES PAR INJECTIONS DE

KINURÉA H TERRIAL

LABORATOIRES DU D' DUMESNY



44, rue de Lagny MONTREUIL (Seine)

TECHNIQUES SUR DEMANDE

A.M.G. Remboursé S.S. P Classe 3



DACOSTA Edit

LAB. GUILLAUMIN et HALES
13, rue du Cherche-Midi - PARIS-6*

Diabète. Divers (suite).

- Gecchi (E.), Baccarini (V.), Ferraris (F.) et coll. Considerazioni sul diabete steroideo. Effetto correttivo della cloropropamide. Min. med., t. 50, nº 65-66, 18 août 1959, pp. 2553-2561, 9 fig., bibliogr.
- Heiskell (Charles L.), Florsheim (Warner H.) et Meister (Lester). Electrophoretic distribution of allergenic and hormonal fractions of commercial insulins. Diabetes, t. 8, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 388-391, 2 fig., bibliogr.
- Hinkle (Lawrence E.) jr., Knowles (Harvey C.) jr., Fischer (Alfred) et coll. Role of environment and personality in management of the difficult patient with diabetes mellitus. Panel discussion. Diabetes, t. 8, n° 5, septembre-octobre 1959, pp. 371-378, bibliogr.
- Horn (Z.) et Lazarits (E.). Die Behandlung des Diabetes bei chirurgischen Komplikationen. Zbl. f. Chir., t. 84, n° 27, 4 juillet 1959, pp. 1065-1068, référ.
- Guthmann (Jorge). El riñón en la diabetes mellitus. Prensa méd. arg., t. 46, nº 1, 2 janvier 1959, pp. 26-32, bibliogr.
- Gutsche (H.) et Riegel (R.). Die Glykosurie im Staub-Traugottschen Versuch beim oral behandelten Diabetiker. Arztl. Wchschr., t. 14, no 22, 29 mai 1959, pp. 418-420, 2 fig., 1 labl., bibliogr.
- Guichard (A.), Alex (R.), Fries (D.) et coll. A propos d'une observation de néphroangio-sclérose avec hyalinose de Kimmerstiel-Wilson chez une diabétique. Lyon méd., A. 91, t. 202, n° 27, 5 juillet 1959, pp. 11-22, 3 fig.
- Hagedorn (H. C.). Cases of diabetes of long duration. N. Engl. J. Med., t. 261, nº 9, 27 août 1959, pp. 442-443, 1 tabl., référ.
- Choremis (C.), Baroutsou (E.) et Kiossoglou (K.). Diabetes mellitus following smallpox vaccination. *Acta pæd.*, t. **48**, n° 4, juillet 1959, pp. 388-390, référ.
- Fry (I. Kelsey), Trounce (J. R.) et Cook (G. A. G.). Vascular disease in diabetes mellitus. The relation of raised blood protein-bound hexose levels. Diabetes, t. 8, no 3, mai-juin 1959, pp. 174-178, 2 fig., 3 tabl., bibliogr.
- Christensen (S.), Dollerup (E.) et Eksjaer Jensen (S.). Essentiel hyperlipæmi, latent diabetes mellitus og svaer neuropati. Ugeskr. Laeg., t. 121, no 30, 23 juillet 1959, pp. 1159-1163, 11 fig., bibliogr.
- Gellman (Derek D.), Pirani (Conrad L.), Soothill (John F.) et coll. Structure and

- function in diabetic nephropathy. The importance of diffuse glomerulosclerosis. Diabetes, t. 8, n° h, juillet-août 1950 , pp. $^{251-256}$, 7 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Derot (Maurice). Leçon inaugurale. Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris (jeudi 28 mai 1959). Diabète, t. 7, nº 5, septembre-octobre 1959, pp. 159-169, 1 portr.
- Cucurachi (Luigi), Portioli (Remo Italo) et Strata (Andrea). I feniletilacetati nella dislipidemia diabetica ed aterosclerotica. Clin. ter., t. 16, n° 5, mai 1959, pp. 476-492, a fig., 6 tabl., bibliogr.
- Claye (Andrew M.) et Craig (W. S.). Pregnancy complicated by diabetes mellitus. A study in combined obstetric and pædiatric management. Arch. Dis. Childh., t. 34, no 176, août 1959, pp. 312-317, 3 tabl., bibliogr.
- Hauk (G.) et Maring (H.). Stoffwechseluntersuchungen mit oral wirksamen hypoglykämisierenden Substanzen bei Diabetikern. Arztl. Wehschr., t. 14, no 38, 18 septembre 1959, pp. 731-735, 3 fig., bibliogr.
- Gittler (Robert D.), Fajans (Stefan S.) et Conn (Jerome W.). Coexistence of Addison's disease and diabetes mellitus: report of three cases with a discussion of metabolic interrelationships. J. clin. Endocrinot., t. 19, no 7, juillet 1959, pp. 797-804, bibliogr.
- Dekaban (Anatole) et Baird (Robert). The outcome of pregnancy in diabetic women. I. Fetal wastage, mortality, and morbidity in the offspring of diabetic and normal control mothers. J. Ped., t. 55, no 5, novembre 1959, pp. 563-576, 6 tabl., bibliogr.
- Cwancygier (M¹¹⁰ Madeleine-R.). Xanthomatose et diabète associés. Leurs rapports. Th. méd. Paris, 1959, 1019 [Etat], in-40 multigr., 40 p. (21 décembre 1959).
- Goldenberg (Sidney), Alex (Morris), Joshi (Ram A.) et coll. Nonatheromatous peripheral vascular disease of the lower extremity in diabetes mellitus. Diabetes, t. 8, nº 4, juillet-août 1959, pp. 261-273, 12 fig., dont 5 col. en 1 pl. h. t., 6 tabl., bibliogr.
- Fischer (F.). Die Retinopathie im klinischen Ablauf des Diabetes mellitus. Wien. med. Wehschr., t. 109, no 23, 6 juin 1959, pp. 477-479.
- Fournier (A.), Pauli (M^{11e}), Cathala (J.) et coll. Sur un syndrome infectieux avec hépatomégalie et glycosurie simulant une galactosémie congénitale et terminé par une thrombose des veines cérébrales avec diabèle nerveux Nourriss., t. 47, nº 3, mai-juin 1959, pp. 103-112, 1 graph.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

publié sous la direction du Professeur J. SÉNÈQUE

par

J.-P. BINET, Ch. CHATELIN, Cl. DUBOST, J. JUDET, R. JUDET, M. MERCADIER, L. QUÉNU, H.-G. ROBERT, J. SÉNÈQUE

Tome III

Abdomen : parois et tube digestif

par

J. SÉNÈQUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris Chirurgien des Hôpitaux

r.

d.

Ch. CHATELIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris Chirurgien des Hôpitaux

Ce Traité de thérapeutique chirurgicale comprend 5 tomes qui paraîtront tous dans un délai rapproché. Centré essentiellement sur les indications de thérapeutique chirurgicale, il complète le Traité de technique chirurgicale.

Un volume de 632 pages, avec 233 figures (20 \times 26). Broché 90 NF Cartonné toile 102 NF

PLAN DU TRAITÉ

TOME I : Généralités. Membres. Colonne vertébrale. Bassin osseux.

TOME II: Tête et cou. Thorax. Médiastin. Sein.

TOME III: Abdomen: parois et tube digestif (voir ci-dessus).

TOME IV : Glandes annexes : foie, pancréas, rate.

TOME V : Organes génitaux de l'homme. Appareil urinaire de l'homme et de la femme. Organes génitaux de la femme.

Diabète. Divers (suite).

- Ellenberg (Max) et Krainer (Leo). Diabetic neuropathy. Review of literature and a case report with post mortem findings. Diabetes, t. 8, no 4, juillet-août 1959, pp. 279-283, 4 fig., bibliogr.
- Diengott (D.), Halevy (S.) et Guggenheim (K.). Effect of nutritional deficiencies on hepatic insulinase in rats. Endocrinol., t. 65, n° 4, octobre 1959, pp. 602-606, I fig., I tabl., bibliogr.
- Goto (Yoshio), Ujiie (Yokio), Kato (Joji) et coll. Acetylation of sulfanilamide and paraaminobenzoic acid in diabetic patients. N. Engl. J. Med., t. 261, nº 9, 27 acût 1959, pp. 440-442, t fig., t tabl., bibliogr.
- Guillemin (Roger). Hypothalamic control of the anterior hypophysis and its metabolic implications. Diabetes, t. 8, no 5, septembreoctobre 1959, pp. 352-357, a fig.
- Félix (H.), Mion (C.), Mas (J.-P.) et coll. Diabète sucré au cours d'une hépatite virale. Coma inaugural. Tuberculose pulmonaire. Diabète, t. 7, nº 4, juillet-août 1959, pp. 127-139.
- Hardwick (Christopher), Butterfield (W. J. H.), Fry (I. Kelsey) et coll. Direct measurement of the effect of insulin on the uptake of glucose by peripheral muscles in normal subjects, diabetics and acromegalics. Proceed. Roy. Soc. Med., t. 52, n° 10, octobre 1959, pp. 807-809, 4 fig., bibliogr.
- Field (James B.). On the nature of the metabolic defects in diabetes. Am. J. Med., t. 26, n° 5, mai 1959, pp. 662-673, bibliogr. : 123 référ.
- Curchod (B.) et Dæppen (J.-P.). Complications du diabète. Praxis, t. 48, nº 26, 25 juin 1959, pp. 602-603, référ.
- Danforth (Elliot) jr. el Moore (Richard 0.). Intestinal absorption of insulin in the rat. Endocrinol., t. 65, nº 1, juillet 1959, pp. 118-123, 1 fig., 2 labl., bibliogr.
- Domizio (Giuseppe di). Nefropatie diabetiche del cane, glomerulosclerosi diabetica diffusa e circoscritta e nefropatia di Armanni Ebstein nel cane: studio di patologia comparata, biochimico ed istochimico sulle glicoproteine. Biol. lat., t. 12, n° 3, juillet-seplembre 1959, pp. 333-365, 19 fig., bibliogr.: 81 référ.
- Deuil (R.) et Hulot-Piétri (E.). Le pseudotabés diabétique. Monde méd., t. 69, nº 1008, juillet-septembre 1959, pp. 181-188.
- Demanet (J. C.), Gregoire (P. E.) et Bastenié (P. A.). Changes in proteins and lipo-

- proteins in diabetes and their relationship to vascular degeneration. Circ., t. 19, nº 6, juin 1959, pp. 863-867, 1 tabl., bibliogr.
- Dolivo (M.). Le métabolisme des hydrates de carbone en cas de diabète. Praxis, t. 48, nº 26, 25 juin 1959, pp. 603-606, 1 fig.
- Delore (P.) et Cuffia (Ch.). Sur le coût du diabète en milieu hospitalier. Rev. lyonn. Méd., t. 8, nº 7, 15 avril 1959, pp. 533-539, 3 tabl.

Nutrition.

- Gastle (W. B.). Factors involved in the absorption of vitamin B₁₂. Fifth annual memorial lecture. Gastroenterology, t. 37, nº 4, octobre 1959, pp. 377-384, bibliogr. : 43 référ.
- Gamara-Besa (Solita F.), Macapinlac (Manuel P.) et Albino (Amelia M.). Serum total cholesterol values in men of the Armed Forces of the Philippines. Am. J. clin. Nutrit., t. 7, n° 6, novembredécembre 1959, pp. 702-710, 4 fig., 2 labl., bibliogr.
- Gavazzuti (F.), Angeli (G.) et Baratta (P. F.). Influenza del solfato di protamina sul metabolismo lipidico epatico in condizioni di normalità e di steatosi ipercolesterolica. Arch. Sc. med., t. 107. nº 6, juin 1959, pp. 584-599, 1 fig., 4 tabl., bibliogr.
- Holmes (E. G.) et Darke (Sylvia J.). Malnutrition in African adults. IV. Intestinal absorption. Brit. J. Nutr., t. 43, no 3, 1959, pp. 266-277, 6 labl., bibliogr.
- Hollenberg (G. H.). Effect of nutrition on activity and release of lipase from ral adipose tissue. Am. J. Physiol., t. 197, no 3, septembre 1959, pp. 667-670, 5 fig., 1 tabl., bibliogr.
- Holeckova (Ema) et Fabry (P.). Hyperphagia and gastric hypertrophy in rats adapted to intermittent starvation. Brit. J. Nutr., 1. 13, no 3, 1959, pp. 260-266, 5 fig. dont 3 en 2 pl. h. t., 1 tabl., bibliogr.
- Goldsmith (Grace A.), Hunter (Fred M.), Prevatt (Amos L.) et coll. Vitamin B_{12} and the malabsorption syndrome. Am. J. Gastroenterol., t. 32, no $\frac{\pi}{6}$, octobre 1959, pp. 453-486, 1 tabl., bibliogr., discuss.
- Groza (P.). Consideratii privind faza intestinala a digestiei gastrice. Stud. Cercet. Fiziol., t. 14, no 1, 1959, pp. 47-51, 3 fig., résum. russe et fr., bibliogr.

